

ANGIS

Duben - květen 2025

Odborný pohled
do světa zdravotnictví

E V U E

ALERGOLOGIE

ASTMA BRONCHIALE

KONJUNKTIVITIDA
Z POHLEDU ALERGOLOGA

HISTAMINOVÁ
INTOLERANCE

Literatura je mostem mezi lidmi a kulturami

KATEŘINA TUČKOVÁ

ZE SVĚTA MEDICÍNY - FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO VSTOUPILA DO EXCELENTNÍ SPOLEČNOSTI

PRVNÍ POMOC - ZEVNÍ KRVÁCENÍ

PRÁVO A VY - OMEZENÍ RODIČOVSKÉ ODPOVĚDNOSTI V OBLASTI ZDRAVOTNÍ PÉČE

REVITANERV STRONG

1 tableta 1 x denně

Doplněk stravy

s obsahem vitamínu
B₁, B₂, B₃, B₆

PŘÍSPÍVÁ K NORMÁLNÍ ČINNOSTI
NERVOVÉ SOUSTAVY

**KAŽDODENNÍ
REVITALIZACE**



1 TABLETA OBSAHUJE

500 mg

KYSELINY ALFA LIPOOVÉ


glenmark

O B S A H

4 EDITORIAL

6 K VĚCI

Strach z vakcín

8 ZE SVĚTA MEDICÍNY

Fakultní nemocnice Brno vstoupila do excelentní společnosti

10 ZELENÁ LÉKÁRNA

Kozinec, kozlík

12 ALERGOLOGIE

Astma bronchiální

16 ALERGOLOGIE

Konjunktivitida z pohledu alergologa

20 ALERGOLOGIE

Histaminová intolerance

24 NÁVOD K POUŽITÍ

Záněty v dutině ústní

27 NÁVOD K POUŽITÍ

Léková pochybení u generické substituce

32 QUO VADIS, MEDICINA?

Jaká je budoucnost stomatology a ortodoncie?

34 POHLEDEM UROLOGA

Mužský hypogonadismus

36 Z DENÍKU PEDIATRA

O oči je třeba pečovat již od narození

39 KLINICKÁ HOMEOPATIE

Homeopatická podpora při kašli, bronchiálním astmatu a dušnosti

42 PRVNÍ POMOC

Zevní krvácení

44 TVÁŘ ČÍSLA

Kateřina Tučková

47 ŽIVOTNÍ STYL

Ředkvičky – dar pro boha Apollona

48 OČIMA S.R.O.

Praktik, ambulantní specialista nebo špitál? Co je vlastně páteří systému?

50 JEDINEČNÉ LÁZNĚ V ČR

Lázně Skalka – nezapomenutelné místo s léčivou silou

52 PRÁVO A VY

Omezení rodičovské odpovědnosti v oblasti zdravotní péče

54 SOUTĚŽ



KONJUNKTIVITIDA Z POHLEDU ALERGOLOGA

Potýkat se s alergickou konjunktivitidou není žádný med a její projevy nás mohou pořádně potrápít. Při propuknutí onemocnění se obvykle nejprve vydáme do lékárny s prosbou o radu. Pro zvolení správné léčby je přitom klíčové odlišit alergickou konjunktivitidu od syndromu suchého oka a virových a bakteriálních zánětů spojivek. Vše podstatné o této problematice se dozvíte na stránkách 16 až 19 v článku brněnského alergologa Jiřího Nevrlky.

ZÁNĚTY V DUTINĚ ÚSTNÍ

MDDr. Petra Rodová se zaměřila na jedny z nejčastějších zdravotních problémů spadajících do oblasti stomatology. Záněty v dutině ústní mohou mít různé příčiny, od běžných infekcí až po autoimunitní či mechanické poškození. K častým projevům patří bolest, zarudnutí, otok či tvorba lézí, což výrazně ovlivní život pacienta. Více se dozvíte v rubrice Návod k použití.



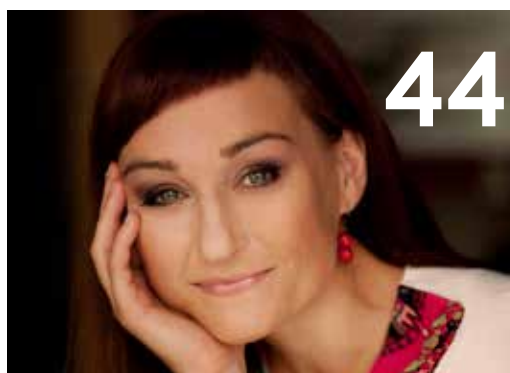
O OČI JE TŘEBA PEČOVAT JIŽ OD NAROZENÍ

O zraku se někdy říká, že je jedním z nejdůležitějších smyslů. S potížemi se mohou potýkat i malí pacienti, ovšem díky včasnému odhalení očních vad je velká naděje na zlepšení či uzdravení. V České republice velmi dobře fungují screeningová vyšetření zraku hned v porodnici. V článku MUDr. Evy Jerhotové, Ph.D., se dozvíte, s jakými obtížemi se setkáváme u novorozenců, miminek či batolat, jaké jsou metody léčby očních vad u dětí a také jak důležitá je prevence.



TVÁŘ ČÍSLA

Vyrůstala v jihomoravské vesnici Moutnice, je nositelkou celé řady významných ocenění a autorkou mnoha úspěšných knih. Dlouhá léta pracovala jako kurátorka výstav současného výtvarného umění. Připravovala výstavy v různých českých galeriích a je spoluzakladatelkou festivalu Meeting Brno. Tváří druhého letošního vydání časopisu Angis revue se stala Kateřina Tučková, která je nyní spisovatelkou a maminkou na plný úvazek. Více se dočtete v poutavém rozhovoru.





Mgr. Markéta Jetelová
šéfredaktor

VYDAVATEL

Angis plus s.r.o.
Jiřího Wolker 495/3, 682 01 Vyškov
IČ: 26951223

REDAKCE

Mgr. Markéta Jetelová
šéfredaktor
marketa.jetelova@angis.cz

MUDr. Vladimír Foret
odborný redaktor

Mariana Uhlová
korektor

METODA s.r.o.
typografie a design

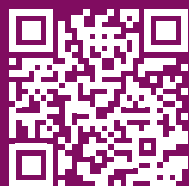
TISK A DISTRIBUCE

Quatro print, a.s.

Dvuměsíčník je určen pro
farmaceutické asistenty, lékárníky
a lékaře. Je distribuován do lékáren
a ordinací v České republice.

V titulu jsou využity snímky fotobanky
Adobe Stock. Foto na titulní straně:
Lenka Hatašová. Vydavatel a redakce
nesou odpovědnost za obsah
inzerce ani jiných komerčních
materiálů.

Registrace MK ČR E 18032,
ISSN 2464-5435



PŘEČTĚTE SI
ANGISREVUE
I ONLINE

Milé čtenářky a vážení čtenáři,

vítám vás při čtení druhého letošního vydání časopisu Angis revue, jehož hlavním tématem je alergologie. Podělím se s vámi o humorný příběh, který jsem nedávno zažila. Je o dvojím přístupu ke stejné situaci a také o tom, že s bouřlivou reakcí připomínající alergii se můžeme setkat i v oblasti lidského chování. Podélné parkování není mojí silnou stránkou, ale na vyhrazeném parkovišti, kde jsem chtěla ponechat své auto, jiná možnost nebyla. Směle jsem se tedy pustila do poněkud komického manévrování a kroucení s volantem, které spočívalo v metodě pokus-omyl aneb znovu a lépe. Skutečně se mi nedařilo auto umístit tak, aby jeho pozice byla ta správná, nikomu nepřekáželo a dalo se s ním následně dobře vyjet. Jsem poměrně trpělivý člověk, ale čas běžel a já jsem si začala myslet, že touto činností strávím zbytek odpoledne. Čím více jsem byla nervózní, tím méně se mi dařilo. Čas běžel rychlostí jamajského sprintera Usaina Bolta a já jsem spěchala k lékaři. Nerada chodím pozdě, snad je to zvyk z mládí, kdy jsem z malé vesničky dojížděla do města, a když vlak ujel, měla jsem smůlu. Moje řidičské (ne) umění začal se zájmem sledovat muž, který nedaleko venčil pejska. Říkejme mu muž č. 1. Zastavil se na kraji parkoviště, kroutil hlavou a celá scéna ho evidentně přiváděla do varu. Když moje zoufalství vygradovalo, vystoupila jsem z auta a šla prozkoumat terén. Mám víc couvnout? Víc otočit volantem

doleva či doprava? Muž č. 1 na kraji parkoviště moje počínání rozčílilo natolik, že se pustil do hlasitého kritizování: „Ženská, co to vyvádíte? Vy nemáte autoškolou?“ Zdržela jsem se jakýchkoliv komentářů, zabouchla dveře auta a manévrovala neúspěšně dál. Na sklo u řidiče za okamžik někdo zaklepal. Říkejme mu muž č. 2. Stočila jsem okénko a vyslechla si spásnou větu: „Dobrý den, jestli se vám nedaří zaparkovat, pusťte mě k tomu, já vám pomůžu.“ V duchu jsem zajásala a s úsměvem nabídku přijala. Muž č. 2 brilantně zaparkoval, pochopitelně na první pokus. Když jsem mu upřímně poděkovala, rozloučil se slovy: „To je v pořádku, pomohl jsem vám rád.“ Muž č. 1 zklamaně odcházel, představení skončilo. K lékaři jsem přišla včas, a navíc s dobrým pocitem, že gentlemani ještě nevymřeli. A když je, milé dámy, potkáme v pravou chvíli, svět je zase o něco hezčí.



BALÍČEK PRO ATOPIKY

ATOPICANN BIO KRÉM CBD +CBG

Bio konopný krém vhodný pro nejnáročnější pokožku se sklony k **atopickému ekzému** a lupénce. Vhodný i jako **doplňek při léčbě kortikoidy**.

ATOPICANN SPRCHOVÁ EMULZE

Hydratující emulze s levandulí, panthenolem a olejem z konopného semínka.



BALCANN MAST CBD +CBG

Intenzivně vyživující mast s CBD & CBG. Promašťuje pokožku a **zaceluje praskliny**, **mírní pocity svědění a napětí**.

www.annabis.cz

STRACH Z VAKCÍN

Strach, odpor či dokonce nenávisť proti očkování není nic nového, navíc přichází v určitých vlnách. Vždy, když se podaří nějaký ten pseudoargument vyvrátit, objeví se nějaký nový. Pacienti se přitom občas diví, že vakcíny, které v našem mládí fungovaly celoživotně, dnes chrání s bídou deset let. Že se pod tlakem amatérů postupně snižovaly dávky i adjuvans, na to zapomínáme. A když se do toho zaplete politika, mají experti o starosti postaráno.

Jako klasický příklad může posloužit desetiletí stará fáma o tom, že vakcíny způsobují autismus. Jen pro připomínku – jedná se o práci Andrewa Wakefielda, kterou v roce 1998 publikoval časopis Lancet a která údajně našla vztah mezi vakcínou MMR (kombinovaná vakcína proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám) a autismem. Od té doby se nezvratně podařilo prokázat, že se jednalo o podvod. Od publikace dali ruce pryč nejen spoluautoři, ale také časopis Lancet.

Wakefield si výsledky vymyslel ze zjištěných důvodů – očekával roční příjem přes 40 milionů dolarů za vlastní kit vyšetřující neexistující syndrom, vlastnil patent na konkurenční vakcínu a navíc byl zaměstnán právníky, kteří žalovali výrobce vakcíny MMR. Wakefield sice nakonec přišel o licenci k lékařské praxi, ale škoda již byla na světě.

Zdálo by se tedy, že celá bouře ve sklenici vody již dávno nikoho nezajímá. Ve chvíli, kdy se do čela Spojených států dostává prezident Trump, který v jednom ze svých prvních projevů zpochybnil bezpečnost dětských vakcín, jen pokračuje v tom, co tvrdil dlouhé roky – vakcína způsobuje autismus. A když už byl v ráži, tvrdil, že se sám vakcinacím vyhýbá a o chřipkové vakcíně nechce ani slyšet. V případě covidu samozřejmě vyměkl, ale až poté, co své spoluobčany vyzval k pití Sava.



To by ještě bylo možné považovat za tlachání amatéra, na které stejně odborníci nebudou brát zřetel. Horší je jmenování Roberta Kennedyho ministrem zdravotnictví. Je to pochopitelně jmenování kozla zahradníkem, protože Kennedy je právník, a ne lékař, nicméně do medicíny mluví s odhodlaností hodnou lepších cílů již dnes. Sám se sice oficiálně brání označení jako antivaxer, nicméně již prohlašuje, že se postará o to, aby některé vakcíny z trhu zmizely. To by samozřejmě mohlo mít pro Američany nedozírné následky – nejen co se týká těch onemocnění, proti kterým by již nešlo imunizovat, ale i opětovného probuzení strachu proti vakcinacím obecně.

Naštěstí (no doufejme, doufejme) to nebude tak jednoduché. Kennedy se ohání tím, že nejdříve bude nutné udělat detailní klinické zkoušky

bezpečnosti vakcín. Když pomineme fakt, že bezpečnost vakcín se prověřuje dlouhé roky a že většina vakcín je na trhu již dlouhou dobu, tak platí, že podobné klinické zkoušky trvají několik let, takže jejich výsledků by se mohla dočkat tak nejspíš příští vláda. Navíc jen tak od stolu zrušit platnost schválení vakcíny není úplně jednoduché, protože pokud existuje dávné povolení FDA, budou soudy v případě administrativního zásahu požadovat patřičné vědecké zdůvodnění.

A tak bude moci americké vládě pomáhat jen paklík triků – podporovat pavědecké studie, plnit noviny a televizi komentáři o nebezpečnosti očkování nebo třeba trvat na tom, že vakcíny přijdou s několikastránkovým pamfletem o potenciálním nebezpečí. V každém případě je jasné, že v oblasti očkování bude v příštích čtyřech letech ve Spojených státech nepo-
chybně neveselo. ■



Prof. Václav Větvíčka, Ph.D.,

autor pracuje na Univerzitě v Louisville v USA

✉ vOvetv01@louisville.edu

Fakultní nemocnice Brno vstoupila do excelentní společnosti

Když se tým odborníků s nadšením zapojí do užitečného projektu, pro pacienty to znamená novou naději na pozitivní posun v léčbě. Pojďme si společně jeden z takových významných počínů přiblížit.

FN BRNO MEZI TOP EVROPSKÝMI PRACOVÍŠTI V OBLASTI VASKULÁRNÍCH ONEMOCNĚNÍ

Fakultní nemocnice Brno se v roce 2024 zařadila mezi prestižní evropská odborná centra zaměřená na vaskulární (cévní) onemocnění. Stala se tzv. „developing partnerem“ Evropské společnosti odborných center VASCERN, která

je součástí Evropské referenční sítě (ERN). FN Brno je členem speciální pracovní skupiny VASCA, která se věnuje vrozeným vaskulárním anomáliím. Hlavními představiteli českého týmu FN Brno jsou prof. MUDr. Jaroslav Štěrba, Ph.D., přednosta Kliniky dětské onkologie, a MUDr. Olga Košková, Ph.D., zástupkyně přednosta pro školství Kliniky popálenin a plastické chirurgie.

„Tímto vstupujeme do hlavního proudu vědeckých poznatků v oblasti cévních onemocnění a získáváme přístup ke klinickým studiím a novým možnostem léčby,“ uvedl prof. Jaroslav Štěrba.

POKROKY V DIAGNOSTICE A LÉČBĚ VASKULÁRNÍCH ANOMÁLIÍ

V posledním desetiletí zaznamenala oblast diagnostiky a léčby vaskulárních anomálií ve světě zásadní rozvoj, zejména díky molekulárně genetickým vyšetřením a následným možnostem systémové léčby. V České republice však dosud neexistoval tým, který by se problematikou vaskulárních anomálií zabýval komplexně.

Vstupu FN Brno do struktur VASCERN předcházel vznik multioborového týmu v rámci Centra precizní medicíny (KDLVA - Komise pro diagnostiku a léčbu vaskulárních anomálií). Tento tým sdružuje odborníky pro péči o dětské i dospělé pacienty se všemi typy vaskulárních anomálií, např. s hemangiomy, lymfatickými, venózními nebo arteriovenózními malformacemi.

„V podstatě se jedná o jakoukoliv cévní nadbytečnou tkáň, která deformuje lidské orgány nebo jejich části,“ vysvětlila MUDr. Olga Košková, Ph.D. Multioborový vaskulární tým FN Brno zahrnuje specialisty z oborů onkologie, dermatologie, chirurgie, radiologie, genetiky a dalších. Právě mezioborová spolupráce je klíčová pro efektivní diagnostiku a léčbu, protože každý pacient vyžaduje individuální

přístup, který kombinuje různé terapeutické metody - od lokální léčby přes chirurgické zákroky až po moderní systémovou terapii. Velkou roli hraje také genetická analýza, která pomáhá lépe pochopit příčiny vzniku těchto onemocnění a umožňuje personalizovanou léčbu.

MEZINÁRODNÍ SPOLUPRÁCE A PŘÍNOSY PRO PACIENTY

Tým FN Brno nyní získává zkušenosti nezbytné pro plnoprávné členství v síti VASCERN a současně se podílí na tvorbě evropského registru pacientů s vaskulárním onemocněním. „Díky sdílení zkušeností s evropskými kolegy máme přístup k nejnovějším poznatkům, a to i o nejvzácnějších typech vaskulárních onemocnění. Sdílení těchto dat je pro další vývoj diagnostiky a léčby mimořádně přínosné,“ doplnila MUDr. Olga Košková, Ph.D.

Ročně FN Brno zahájí léčbu přibližně u padesáti nových pacientů (dětských i dospělých) s vaskulárními anomáliemi. Péči o dětské pacienty zajišťuje cévní ambulance Pediatrické kliniky a ambulance Kliniky dětské onkologie, zatímco pro dospělé pacienty byla zřízena Ambulance pro vaskulární anomálie při Klinice popálenin a plastické chirurgie pod vedením MUDr. Olgy Koškové, Ph.D., která slouží jako vstupní místo pro přijetí do komplexního sledování dospělých pacientů s vaskulárními anomáliemi. „Pro pacienty je velkou výhodou, že mají jedno specializované místo, kde se koordinuje jejich léčba. Multioborový tým zde stanovuje individuální léčebný plán a zajišťuje komplexní péči,“ uvedla MUDr. Olga Košková, Ph.D.

Týmu lékařů, kteří se zapojili do zmíněného projektu, přejeme hodně úspěchů a co nejvíce vyléčených pacientů. ■

MUDr. Olga Košková, Ph.D.



Prof. MUDr. Jaroslav Štěrbá, Ph.D.



KOZINEC, KOZLÍK

KOZINEC BLANITÝ

(*Astragalus membranaceus*)

Botanika Kozinec blanitý je vytrvalá rostlina, dorůstající do výšky až 1,5 metru. Listy jsou lichozpeřené, s 25 až 37 lístky, uspořádanými podle osy. Květenství je hroznovité, květy mají 5 mm dlouhý, trubkovitý kalich. Dlouhý kořen je krytý tuhou pokožkou žlutohnědé barvy, jeho dřevnatý vnitřek je žlutobílý.

Droga Používá se pouze kořen.

Obsah Droga obsahuje zejména triterpenoidní saponiny (astragalosidy), flavonoidy, polysacharidy, fytoosteroly, pigmenty, aminokyseliny, betain, cholin a nenasycené mastné kyseliny, jmenovitě kyselinu linolovou a linoleovou. Dále jsou zastoupeny minerály a vitamíny – vápník, chrom, kobalt, železo, hořčík, fosfor, draslík, selen, sodík, křemík, zinek, thiamin a riboflavin.

Účinnost Droga má výrazný účinek močopudný. Současně dovede léčit ledvinové záněty a "čistí" bílkovinu z moči. Má posilující účinek na srdeční sval, zlepšuje krevní oběh a prokrvení kůže, rozšiřuje cévy, má antibiotické působení vůči shigelám, salmonelám, některým streptokokům (včetně pneumokoku) a stafylokokům. Zjištěno bylo i působení antivirové. Snižuje krevní tlak, působí jako antioxidant, imunostimulátor a preventivně ochraňuje jaterní parenchym před toxickými vlivy. Může se využít též jako adaptogen, resp. harmonizér.

Forma Podává se buď klasický odvar v dávce 2x až 4x denně šálek, případně tinktura v obvyklých dávkách 20 až 25 kapek 2x až 4x denně. Možná a vhodná je též aplikace prášku v dávce 2x až 4x denně na špičku kulatého nože. Je pozoruhodné, že čínské a západní dávkování je velmi odlišné.

Kontra Nejsou známy vážnější nežádoucí účinky ani kontraindikace.

Gemmo Urologikum, zlepšuje činnost ledvin, posiluje srdce, zlepšuje krevní oběh.

Poznámka Využití v tradiční čínské medicíně – kozinec tonizuje čich. Jeho vláknitý žlutý kořen posiluje výměnu látek, dýchání a obranyschopnost, zahřívá končetiny a svaly, odstraňuje chlad a vlhkost z vnitřních orgánů a posiluje slezinu, plíce a ledviny.



KOZLÍK LÉKAŘSKÝ

(*Valeriana officinalis*)

Botanika Vytrvalá bylina se vstřícnými, celokrajnými, dlanitě dělenými, až třikrát zpeřenými listy, s přímou, rýhovanou a dutou lodyhou, dorůstající do výšky kolem 1 metru. Malé, bělavé nebo načervenalé květy jsou obojaké, nebo mnohomanželné, shloučené v bohatý chocholíkatý hrozen vidlanovitého tvaru. Plodem je jednosemenná nažka.

Droga Používá se prakticky pouze oddenek.

Obsah Silice, cyklopentanové seskviterpeny, iridoidy (valepotriáty), organické kyseliny (valerová, kávová a chlorgenová), β-sitosterol, monoterpenové alkaloidy, methyl-2-pyrrolyl keton, cholin, tannin, pryskyřice, guma. Z minerálů a vitamínů jsou obsaženy hliník, vápník, chrom, kobalt, železo, hořčík, mangan, fosfor, draslík, selen, křemík, sodík, cín, thiamin, riboflavin a niacin.

Účinnost Droga působí jako sedativum, kdy tlumí stavy vzrušení, emočního přetlaku a úzkosti. Ve vyšších dávkách působí jako hypnotikum. Droga je vhodná také do kombinací s třezalkou, chmelem, mučenkou, meduňkou a se zavinutkou podvojnou.

Forma Vodné výluhy jsou málo účinné a používají se prakticky pouze u bylinných směsí. Nejčastěji se používá lihoéterová tinktura. Jako sedativum podáváme 1 čajovou lžičku tinktury, jako hypnotikum se podává první čajová lžička asi půl hodiny před spaním a druhá čajová lžička těsně před spaním.

Kontra Droga nemá výrazné nežádoucí účinky ani absolutní kontraindikace. Není však určena pro dlouhodobé podávání (droga přestává působit). Vhodná doba léčby je 30 až 35 dnů, maximálně pak 6 týdnů.

Gemmo Mírné sedativum, posiluje CNS a působí jako kardiosedativum.

Homeo Nespavost způsobená vnitřním neklidem, přecitlivělostí všeho druhu, otoky očí, palpitace, zvracení, pocit cizího tělesa (drátu) v hrdle, kolikovitě bolesti břicha, bolesti kloubů, svalů a periferních nervů. Zhoršení stavu při nutnosti stát nebo sedět nebo větší námahou. Zlepšení stavu pohybem.

**APATYKA
SERVIS**



Pharmacy Software

a PHOENIX company

Elektronické cenovky

vždy aktuální
a kompletní informace
přímo na vašem regálu

Neztrácejte čas neustálou kontrolou
a přepisováním cen. Díky centrálnímu napojení
elektronická cenovka zajistí stále aktuální
přehled veškerých informací o produktu.



Šetří lidskou práci



Eliminuje chyby



Přehledně zobrazí
veškeré informace



Snadno se aktualizuje



Možnost centrálního
nastavení údajů

www.apatykaservis.cz

ASTMA BRONCHIALE

Prof. MUDr. Milan Sova, Ph.D.

autor působí na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity Brno a ve Fakultní nemocnici Brno na Klinice nemocí plicních a TBC na pozici přednosty kliniky

✉ sova.milan@fnbrno.cz

MUDr. Barbora Turčániová (dříve Jakubíčková)

autorka působí ve Fakultní nemocnici Brno na Klinice nemocí plicních a TBC na pozici lékařky

✉ turcaniova.barbora@fnbrno.cz



Prof. MUDr. Milan Sova, Ph.D., vystudoval Lékařskou fakultu Univerzity Palackého v Olomouci, obor Všeobecné lékařství. V roce 2015 složil atestaci z pneumologie a ftizeologie. Na UP v Olomouci obhájil v roce 2016 titul Ph.D., v roce 2021 byl tamtéž jmenován docentem a v roce 2024 profesorem. Dříve pracoval jako primář ve Fakultní nemocnici Olomouc na Plicní klinice. Na zmíněném pracovišti částečně působí dodnes. Je členem České aliance proti chronickým respiračním onemocněním, z.s., České pneumologické a ftizeologické společnosti ČLS JEP a České společnosti pro výzkum spánku a spánkovou medicínu, z. s. V rámci své pneumologické praxe se specializuje mimo jiné i na oblast spánkové medicíny.



MUDr. Barbora Turčániová vystudovala Lékařskou fakultu na Univerzitě Komenského v Bratislavě, obor Všeobecné lékařství. V roce 2017 složila atestaci z pneumologie a ftizeologie. Ve své praxi se specializuje na diagnostiku a léčbu bronchiálního astmatu a je autorkou publikace Biologická léčba bronchiálního astmatu: současný stav a výhled do budoucna 2021.

Astma bronchiale je onemocnění, které lidstvo doprovází od nepaměti

a historicky bylo poměrně dobře popsáno v jednotlivých textech. Toto onemocnění bylo provázáno významnou morbiditou i mortalitou. Až s rozvojem moderních metod léčby, zejména inhalačních kortikosteroidů, došlo k významnému zlepšení prognózy pacientů.

Astma bronchiale (průduškové astma) je dnes chápáno jako heterogenní chronické zánětlivé onemocnění dýchacích cest. Chronický zánět je spojen s průduškovou hyperreaktivitou a vede k opakovaným epizodám pískotů při dýchání, dušnosti, tlaku na hrudi, kašli, a to převážně v noci a nad ránem. Tyto stavy jsou obvykle spojeny s variabilní obstrukcí, která je často reverzibilní spontánně nebo vlivem léčby. V České republice se výskyt astmatu odhaduje na 8 až 10 % dospělé populace.

ETIOLOGIE

Astma bronchiale je multifaktoriální onemocnění, jehož příčiny nejsou dnes zcela objasněny. Mezi hlavní faktory přispívající k jeho vzniku patří:

- **genetické predispozice**,
- **alergie** – více než 80 % astmatiků trpí alergiemi, které mohou vyvolávat astmatické záchvaty,
- **infekce dýchacích cest** – viry a bakterie mohou zhoršovat příznaky astmatu,
- **faktory životního prostředí** – znečištění ovzduší, tabákový kouř, prach, plísňe a profesní expozice chemikáliím a dalším složkám.

PROJEVY ASTMATU

Mezi hlavní klinické projevy bronchiálního astmatu patří:

- **dušnost** – pacienti si stěžují na obtížné dýchání, které se často zhoršuje v noci nebo po expozici spouštěči,
- **sípání a pískání při dýchání** – jedná se o charakteristický znak astmatu, způsobený zúžením průdušek,
- **kašel** – častý je suchý, dráždivý kašel, který se může zhoršovat v noci nebo při fyzické námaze,
- **pocit tlaku na hrudi** – mnohdy pacienti popisují pocit „svírání“ hrudníku.

DIAGNOSTIKA

Základem diagnostiky astmatu, stejně jako jiných plicních onemocnění, je anamnéza. Zde se lékař zaměřuje zejména na typické potíže uváděné pacientem, jako jsou např. pískání na hrudníku při dýchání, noční dušnost, kašel, pocit sevření hrudníku a další. Diagnostika astmatu zahrnuje kombinaci anamnestických informací, klinického vyšetření a zejména funkčního plicního vyšetření. Zde je vhodné poznamenat, že na rozdíl od chronické

obstrukční plicní nemoci je možné diagnózu stanovit i v případě normálního výsledku funkčního plicního vyšetření.

Funkční plicní vyšetření

- **Spirometrie** – hodnotí zejména objem vzduchu vydechnutý během první vteřiny, tj FEV₁.
- **Bronchomotorické testy (bronchokonstrikční a bronchodilatační test)** – opakované měření FEV₁ a dalších parametrů před a po podání bronchodilancia nebo v případě bronchokonstrikčního testu před a po podání nejčastěji metacholinu.

KLASIFIKACE ASTMATU

Bronchiální astma můžeme klasifikovat podle různých kritérií.

1. Podle úrovně kontroly

Kontrola nad astmatem a její udržení je hlavním cílem léčby. Podle úrovně kontroly rozlišujeme:

- astma pod dobrou/plnou kontrolou,
- astma pod částečnou kontrolou,
- astma pod nedostatečnou kontrolou.

Hodnotící kritéria úrovně kontroly astmatu jsou shrnuta v tabulce 1.

2. Podle tíže

Určení tíže astmatu se odvíjí od intenzity léčby, potřebné k dosažení a udržení plné kontroly nad onemocněním. Vychází z pětistupňové úrovně léčby astmatu:

1. intermitentní astma,
2. lehké astma,
3. středně těžké astma,
4. těžké astma,
5. těžké refrakterní astma.

Tabulka 1. Klasifikace astmatu podle úrovně kontroly (český doporučený postup 2016).

POSOUZENÍ AKTUÁLNÍ KLINICKÉ KONTROLY (pokud možno za poslední 4 týdny)					
Úroveň kontroly	Denní příznaky	Omezení aktivity	Noční příznaky/buzení	Potřeba úlevových léků	Funkce plic Spirometrie (FEV ₁)
Astma pod plnou kontrolou (všechny znaky)	žádné (≤ 2xtýdně)	žádné	žádné	žádné (≤ 2xtýdně)	normální
Astma pod částečnou kontrolou (kterýkoliv ze znaků)	Nesplnění 1 až 2 znaků plné kontroly				<80 % NH nebo ONH
Astma pod nedostatečnou kontrolou	Nesplnění více než 2 znaků plné kontroly				

FEV₁-usilovně vydechnutý objem za 1 sekundu; NH-náležitá hodnota; ONH-osobní nejlepší hodnota.

Dále v ČR používáme pojem obtížné léčitelné astma (OLA), které představuje situaci, kdy důvodem nedostatečné kontroly astmatu jsou nepoznané, resp. nedostatečně ovlivněné komorbidity a komplikující situace, nízká adherence k léčbě, trvající expozice alergenům a/nebo profesionálním noxám, kouření atp. Pojem těžké refrakterní astma (TRA) představuje situaci, kdy důvodem nedosažitelné kontroly nad astmatem je tíže choroby samotné. Je zde vhodné poznamenat, že v různých částech světa se používá mírně odlišná klasifikace tíže bronchiálního astmatu, proto je někdy přesná interpretace tíže tohoto onemocnění poněkud obtížná.

3. Podle fenotypu

Doporučuje se určovat alespoň základní fenotyp, zohledňující přítomnost eozinofilie a alergie. Fenotypizace je dobrým vodítkem při individualizaci terapie, především biologické léčby u těžkých forem nemoci. Při určování fenotypu jsou nápomocné hodnoty FeNO a absolutní počet eozinofilů v periferní krvi, výsledek alergologického vyšetření, vzácněji biopsie bronchiální sliznice a diferenciální rozpočet z bronchoalveolární laváže.

Komplexní posouzení astmatu se zohledněním všech tří klasifikačních kritérií shrnuje tabulka 2.

LÉČBA BRONCHIÁLNÍHO ASTMATU

Všeobecně je cílem léčby úplná kontrola onemocnění, která je definována jako absence příznaků a exacerbací astma bronchiale a normální plicní funkce.

Nefarmakologická léčba

Zde se doporučuje zabránění expozice vyvolávajícím faktorům, pokud jsou známy, absence kouření a další metody, jako je např. plicní rehabilitace. V ideálním světě by tato opatření měla významný vliv na velkou řadu astmatiků, bohužel ve většině případů výše zmíněného nedosáhneme a základem terapie je léčba farmakologická.

Farmakologická léčba

Moderní léčba astma bronchiale znamená pro pacienty významný posun ve zlepšení kvality života, snížení příznaků a zabránění dalšímu poklesu plicních funkcí a remodelaci průdušek. Základem léčby astma bronchiale je inhalační terapie pomocí různých inhalačních systémů. Nebulizační terapie je považována spíše za léčbu doplňující.

Farmakologická léčba se skládá z **kontrolujících antiastmatik** (působí protizánětlivě a preventivně) a **úlevových antiastmatik** (bronchodilancií – rozšiřují průdušky, odstraňují příznaky, léčí exacerbace, používají se při úlevě od akutních potíží). Kontrolující antiastmatika je nutno podávat všem pacientům s perzistujícím astmatem pravidelně, denně, a to i v období, kdy pacient nemá žádné příznaky (prevence vzniku příznaků).

Úlevová antiastmatika

Do této skupiny patří inhalační beta2-agonisté (β₂-mimetika) s rychlým nástupem účinku (salbutamol, formoterol, fenoterol). Podle nejnověj-

šího doporučení GINA (Global Initiative for Asthma) by se měla upřednostnit jejich kombinace s inhalačním kortikosteroidem před samotným opakovaným používáním jenom samotného beta2-mimetika (při nadužívání totiž mohou vykazovat prozánětlivý efekt a zvyšují kardiovaskulární riziko). Mezi úlevová antiastmatika se dále řadí inhalační anticholinergika s krátkodobým účinkem (bromid ipratropia). Z injekčních preparátů patří do této skupiny pouze intravenózně aplikované teofyliny. Nadužívání krátkodobě používaných antiastmatik je aktuálně považováno za rizikový faktor další progresu onemocnění, exacerbace, zhoršení kvality života a také je dobře popsána souvislost se zvýšenou mortalitou a morbiditou.

Kontrolující antiastmatika

Do této skupiny patří inhalační kortikosteroidy (IKS), fixní kombinace inhalačního kortikosteroidu s inhalačním beta2-agonistou s dlouhodobým účinkem (IKS+LABA), inhalační beta2-agonisté s dlouhodobým účinkem (LABA), antileukotrieny (LTRA – jediným zástupcem je montelukast). Patří sem i inhalační anticholinergika s ultradlouhodobým účinkem (U-LAMA – tiotropium), theofyliny s prodlouženým účinkem, systémové kortikosteroidy a biologická léčba (pozn. pojem U-LAMA, U-LABA, tj. preparáty s 24hodinovým působením, se používá spíše v ČR, v anglosaské literatuře jsou tyto preparáty řazeny spíše do kategorie LABA, LAMA). Ke skupině kontrolujících antiastmatik lze ještě přiřadit specifickou alergenovou imunoterapii (SAIT).

Tabulka 2. Multifunkční klasifikace astmatu dle Kašáka a Teřla s uvedením možnosti fenotypické léčby.

TÍŽE	■ intermitentní ■ lehké ■ středně těžké ■ těžké ■ těžké refrakterní	Paušální stupňovitá léčba
KONTROLA	■ plná ■ částečná ■ nedostatečná	
FENOTYP	■ eozinofilní alergický ■ eozinofilní nealergický ■ non-eozinofilní nealergický	Možnosti fenotypické léčby: ■ alergenová imunoterapie, antitykotika, anti-IgE, ev. další „biologika“ (anti-IL5(R), anti-IL4/13), anti-TSLP? ■ anti-IL-5(R), ev. další biologika (viz výše), bronchiální termoplastika, (methotrexát) ■ léky primárně určené pro CHOPN, (makrolidy – azitromycin), bronchiální termoplastika

IL5(R) – receptor pro interleukin 5; IL4/13 – interleukiny 4,13; TSLP – thymický stromální lymfopoetin.

Lékem první volby ve farmakoterapii perzistujících forem astmatu jsou IKS. Pokud se astmatu pod kontrolou nedosáhne nízkou dávkou IKS, jsou aditivními léky první volby LABA, resp. U-LABA, pak je jednoznačně preferována léčba fixní kombinací (IKS/LABA, resp. IKS/U-LABA v jednom inhalačním systému). Monoterapie IKS je v současné době již méně používána a často se setkáváme s tzv. režimem MART (maintenance and reliever therapy).

Pro dávkování IKS stále platí zásada užívat co nejmenší dávku IKS, která udrží astma pod plnou kontrolou. U pacientů, u nichž nelze dosáhnout kontroly nad astmatem středními dávkami IKS/LABA, se doporučuje kombinace s tiotropiem. Mezi novinky patří tzv. triple terapie, kdy jeden inhalační systém obsahuje trojkombinaci léků IKS/LABA/LAMA. Její výhoda spočívá v synergickém působení léků a zlepšení adherence pacientů k léčbě, kdy namísto dvou nebo tří inhalátorů pacient používá jen jeden. Podávané

množství IKS je různé u jednotlivých látek. Přibližně stejného účinku lze dosáhnout tzv. ekvipotentními dávkami IKS (viz tabulka 3).

Biologická léčba astmatu

Biologická léčba astmatu je určena pro 5. stupeň léčby astmatu, pro tzv. těžké refrakterní astma, a v ČR ji může indikovat pouze lékař specializovaného centra pro těžké astma (tzv. centrová léčba) po splnění určitých přesných podmínek. Léčba je fenotypově specifická. K cílené biologické léčbě eozinofilního alergického fenotypu je určena především léčba anti-IgE monoklonální protilátkou (omalizumab). K cílené biologické léčbě eozinofilního nealergického fenotypu jsou dnes především užívány monoklonální protilátky cílené na signální dráhu IL-5, namířené vůči vlastnímu IL-5 (mepolizumab, reslizumab již není v ČR dostupný), resp. jeho receptoru IL-5R (benralizumab). K cílené biologické léčbě obou eozinofilních fenotypů je určen především dupilumab (anti IL-4/13). Posledním z řady biologik schváleným pro léčbu astmatu je tezepelumab (anti TSLP – thymický stromální lymfopoetin). V současné době probíhají klinické studie fáze 2 a 3, které by na trh mohly přinést nové molekuly a přístupy, například

Tabulka 3. Ekvipotentní dávky inhalačních kortikosteroidů.

IKS	Dávka (µg)		
	nízká	střední	vysoká
BDP	200-500	500-1000	>1000
BUD	200-400	400-800	>800
CIC	80-160	160-320	>320
FP	100-250	250-500	>500
FF	100	nelze aplikovat	200
MF	200	≥400	≥800

IKS – inhalační kortikosteroid; BDP – beklomethason dipropionát; BUD – budesonid; CIC – ciclesonid; FP – flutikason propionát; FF – flutikason furoát; MF – mometason furoát.

inhalační podávání biologických preparátů a multispecifické protilátky zasahující kaskádu vzniku astma bronchiale.

Bronchiální termoplastika

Bronchiální termoplastika (BT) je nefarmakologická léčebná metoda určená pro specifickou skupinu pacientů s astma bronchiale. Do této metody byly při jejím zavedení vkládány poměrně velké naděje, nicméně k jejímu zásadnímu rozšíření nikdy nedošlo. Největší nevýhodou této metody je, že je vhodná pouze pro přísně indikovanou skupinu pacientů s prokázanou bronchiální reverzibilitou, dobrou compliance s léčbou a v neposlední řadě je tato metoda poměrně finančně nákladná. Spočívá v bronchoskopickém zavedení katétru, který působením tepla omezuje remodelaci průdušek, působí na buňky hladké svaloviny, kde dochází k apoptóze, a sekundárně je dosaženo nižší míry bronchokonstrikce.

ZÁVĚR

Astma bronchiale je onemocnění, jehož terapie zaznamenala významný vývoj. Díky celé

Tabulka 4. Doporučené schéma stupňovitého vedení léčby na základě kontroly nad astmatem (volné dle GINA 2022).

stupňovitá protizánětlivá léčba	STUPEŇ 1	STUPEŇ 2	STUPEŇ 3	STUPEŇ 4	STUPEŇ 5
preferovaná volba	nízká dávka IKS/formoterol podle potřeby	nízká dávka IKS/formoterol podle potřeby nebo nízká dávka IKS	nízká dávka IKS/LABA	střední dávka IKS/LABA	střední až vysoká dávka IKS/LABA+LAMA
další léčebná možnost	Zvaž nízkou dávku IKS	antileukotrien nízká dávka teofylinu	střední dávka IKS nízká dávka IKS+antileukotrien (nebo teofylin)	střední dávka IKS/LABA+LAMA +/nebo antileukotrien +/nebo teofylin	fenotypická léčba v centrech: anti IgE anti IL-5/R anti IL-4/13 anti TSLP bronchiální termoplastika nízká dávka p.o. kortikosteroidů*
úlevová léčba	nízká dávka IKS/formoterol p.p. v jednom inhalátoru SABA nebo SAMA nebo SABA/SAMA				
individualizovaná opatření	dle fenotypu astmatu	odstranění komorbidit a komplikujících stavů režimová opatření zvážení alergenové imunoterapie (AIT)			

IKS – inhalační kortikosteroidy; LABA – inhalační beta2-agonisté s dlouhodobým účinkem; SABA – inhalační beta2-agonisté s krátkodobým účinkem; SAMA – inhalační anticholinergika s krátkodobým účinkem; LAMA – inhalační anticholinergika s dlouhodobým účinkem.

* Trvalá resp. dlouhodobá systémová kortikoterapie by neměla být mimo centra zahajována.

paletě inhalačních preparátů a také díky biologické léčbě je aktuálně u většiny pacientů možné dosažení kompletní remise onemocnění, zabránění exacerbacím astmatu a také

dosažení dobré kvality života. Astma je však onemocnění, které je sice velmi dobře léčitelné, ale bohužel také nevyléčitelné. Proto je nutné zaměřit se nejen na dobrou compliance pacienta s terapií, ale i na nefarmakologické metody léčby a dobrou inhalační techniku. Zde je neocenitelná role lékaře a lékárníka, a to zejména s ohledem na trénink správné inhalační techniky. ■

INZERCE ▼



Imunoglukan P4H®

- dlouhodobá podpora imunitního systému v průběhu celého roku
- v období zvýšených nároků na organismus
- vhodné při fyzickém a psychickém stresu
- při rekonvalescenci, po hospitalizaci, při/po antibiotikách
- jednoduché dávkování 1x denně

www.imunoglukan.com

KONJUNKTIVITIDA Z POHLEDU ALERGOLOGA

MUDr. Mgr. Jiří Nevrlka

autor pracuje v soukromém ambulantním zdravotnickém zařízení UPIRA s.r.o.
(Úspěšná péče o imunitu, respirace a alergie) v Brně

✉ upira-brno@seznam.cz



MUDr. Mgr. Jiří Nevrlka vystudoval obor Všeobecné lékařství na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně. Po studiu a zaměstnání ve farmaceutické firmě nastoupil na 2. interní kliniku FN U sv. Anny v Brně. Později přešel k oboru alergologie a klinická imunologie, ze kterého atestoval a provozuje soukromou praxi. Dále pracuje na částečný úvazek v OKMI FN Brno Bohunice a distančně se připravuje k Ph.D. v rámci Farmakologického ústavu LF MU Brno. Publikuje a přednáší v rámci své specializace na akcích pro farmaceuty, praktické lékaře i specialisty.

Alergická konjunktivitida je zánětlivé postižení očních spojivek způsobené hypersenzitivní reakcí na jinak neškodné látky zevního prostředí. Lékárníci jsou často prvním kontaktem pro pacienty s očními obtížemi, což činí alergickou konjunktivitidu pro ně aktuálním tématem. Při diferenciální diagnostice je klíčové odlišit alergickou konjunktivitidu od syndromu suchého oka a virových či bakteriálních zánětů spojivek, protože každé z těchto onemocnění vyžaduje odlišný terapeutický přístup. V mnoha případech se však tyto příčiny kombinují, a je tedy vhodné uvažovat o problému a jeho řešení komplexně.

PŘÍČINY A PROJEVY

Alergická konjunktivitida nastupuje obvykle brzy po vystavení alergenu a je

zprostředkována specifickými protilátkami třídy IgE (sIgE) vůči příčinnému alergenu. Přítomnost těchto sIgE protilátek lze vyšetřit laboratorně (z krevních odběrů) nebo biologicky (kožními testy), a tím identifikovat příčinné alergeny. To je důležité nejen pro prevenci, ale také pro indikaci jediné kauzální (tj. příčinu řešící) léčby, kterou je tzv. specifická alergenová imunoterapie (AIT). Tato vyšetření a indikaci AIT provádí specialista alergolog.

Alergická reakce způsobuje zánět spojivek a často i dalších tkání a orgánů, například nosní sliznice. Proto lékaři někdy používají souhrnné označení alergická rhinokonjunktivitida. Zásadním patofyziologickým dějem v rámci alergického zánětu a příčinou očních příznaků je aktivace tzv. žírných buněk (mastocytů) ve sliznici spojivky, které následně uvolňují biologicky vysoce aktivní a iritativní látky, zejména histamin. Na potlačení těchto procesů jsou zaměřeny protialergické léky ve formě tablet nebo očních kapek. Uvolnění histaminu a dalších látek brání tzv. stabilizátory mastocytů, zatímco nežádoucímu působení uvolněného histaminu zabírají H₁-antihistaminika. Komplexně a vysoce účinně pak alergický zánět léčí kortikosteroidy, které však pro řešení alergických očních projevů až na výjimky nejsou potřeba.

Existují čtyři hlavní klinické formy alergické konjunktivitidy:

1. Sezónní alergická konjunktivitida (SAC) – souvisí s alergií na pyl a odpovídá pylové sezóně, tj. opakuje se každý rok v podobném termínu, potíže jsou větší v přírodě a za slunečného počasí.
2. Pereniální alergická konjunktivitida (PAC) – má celoroční charakter. Je způsobena interiérovými alergeny, jako jsou např.

Typické příznaky alergického postižení:

- Svědění – hlavní příznak odlišující konjunktivitidu alergickou od infekční, pro kterou je typická spíše bolest nebo pálení.
- Zarudnutí spojivek – způsobené vazodilatací a zvýšenou propustností krevních kapilár v oku, která je však příznakem nespecifickým (přítomným také u postižení z jiných příčin).
- Slzení – je typickou odpovědí na podráždění oka obecně. Nemusí být vždy vyjádřeno, zejména u pacientů s tzv. syndromem suchých očí.
- Otékání víček – spíše u těžších forem alergického postižení (alergická blefarokonjunktivitida).
- Přítomnost typického alergického postižení jiných orgánů – obvyklé jsou současné příznaky alergické rýmy jako kýchání, svědění v nose nebo vodnaté posmrkávání až výtoky z nosu.

roztoči domácího prachu nebo zvířata. Někdy se setkáváme u těchto alergií pouze s alergickou rýmou, nebo je dráždění očí patrné až při zvýšené zátěži alergenem, např. při úklidu, manipulaci s lůžkovinami nebo při intimním kontaktu se zvířetem.

Zvláštní charakter mají další dva alergické záněty očí, jsou však mnohem méně časté:

3. Vernální keratokonjunktivitida (VKC) – těžší forma postižení očí, která se vyskytuje především u dětí a mladých dospělých. Je charakterizována chronickým zánětem a může být doprovázena změnami na rohovce.
4. Atopická keratokonjunktivitida (AKC) – vzácná, ale závažná forma chronického zánětu

oční spojivky a rohovky, která je spojena s atopickou dermatitidou (ekzémem). Vyskytuje se nejčastěji u dospělých ve věku 20 až 50 let a častěji u mužů.

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

Při stanovení diagnózy je nutné odlišit alergickou konjunktivitidu od jiných očních onemocnění. Návod poskytuje tabulka 1 (pozor – zohledňuje pouze nejčastější příčiny postižení očí).

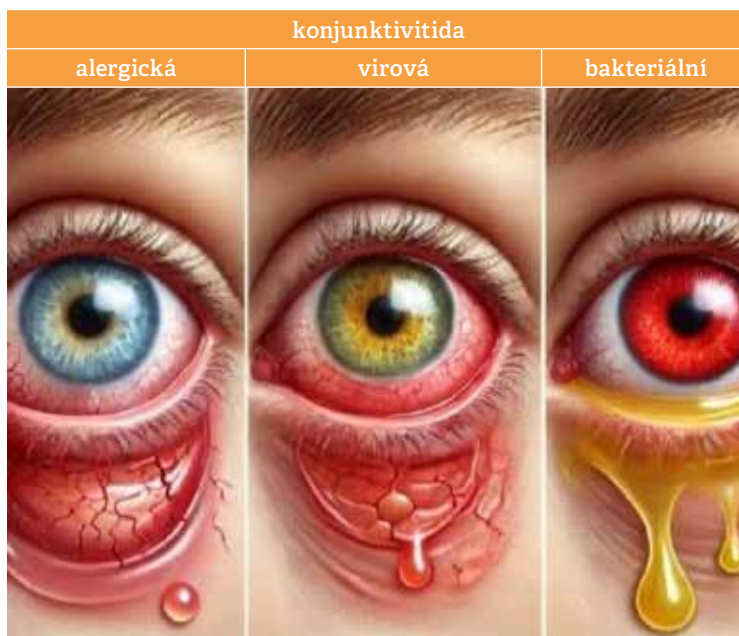
K problému diferenciální diagnostiky očních postižení mi dovoluete několik poznámek:

1. Jakoukoli oční infekci by měl vyšetřit lékař. Včasná léčba může zabránit poškození rohovky a spojivky s dlouhodobými následky, a speciální

Tabulka 1. Diferenciální diagnostika vybraných očních onemocnění.

Onemocnění	Hlavní příznaky	Odlišení od alergické konjunktivitidy
Syndrom suchého oka (keratoconjunctivitis sicca)	Rudé oči, pálení, pocit písku v očích, suchost očí nebo naopak neulevující zvýšené slzení.	Absence výrazného svědění, vhodné „umělé“ slzy přinášejí úlevu, častý výskyt u starších osob a při dlouhodobé práci na PC apod.
Virová konjunktivitida	Rudé oči, vodnatá sekrece, fotofobie.	Přítomnost celkových příznaků infekce (např. horečka), zvětšené mízní uzliny, často jen jednostranné postižení.
Bakteriální konjunktivitida	Rudé oči, hnisavý výtok, slepená víčka po ránu.	Hojná hnisavá sekrece, minimální svědění, obvykle oboustranné postižení.

Obr. 1. Ilustrace projevů různých typů konjunktivitid.



protiinfekční léky, např. oční kapky obsahující antibiotika, jsou na lékařský předpis. Oční infekce na terénu alergickým zánětem postižené oční spojivky může vzniknout mnohem snáze než na zdravém oku. A to nejenom proto, že oči alergika jsou výrazně méně odolné vůči infekci a senzitivnější i na další dráždivé vlivy, např. venkovní prach, ale i proto, že alergik do podrážděných očí často nesterilně zasahuje prsty apod. Pozor také na zkrácenou expiraci aplikovaných očních kapek

po jejich otevření. Použití je omezeno na jeden až několik měsíců po otevření (dle typu), což souvisí i s možností bakteriální kontaminace.

2. K syndromu suchého oka. Keratokonjunktivitis sicca je onemocnění povrchu oka, jehož podkladem je porucha normální tvorby slzného filmu a/nebo jeho abnormální složení. Ten pak nedokáže řádně chránit oko před přesušením a dalšími dráždivými vnějšími vlivy. Narušená může být každá ze tří vrstev slzného filmu. Při poruše vnější lipidové vrstvy dochází ke zvýšenému odpařování vodní složky slz a pacienti mají největší problémy ráno po probuzení s pocitem pálení a „lepivosti“ očí, někdy až bolesti při otevření očí. V průběhu dne se potíže zmenšují. Při poruše střední (vodné) složky se příznaky naopak zhoršují navečer a při zátěži očí. Pro poruchu vnitřní mucinové složky je naopak typické výrazné slzení, protože vodná složka se nedokáže navázat na povrch oka. V léčbě je základem aplikace tzv. „umělých slz“. Je však třeba mít na paměti, že jde o skupinu léčiv různého složení a s různým zaměřením. Kvalifikovaně by měl pacientovi poradit v prvním kontaktu už lékárník.

3. Multifaktoriální etiologie potíží.

Porucha může být vyvolána přímým autoimunitním postižením spojivky, ale většina případů je multifaktoriální s podílem věku (po 45. roce života typicky klesá produkce a kvalita slz), mnoha nepříznivých faktorů životního stylu (delší dobu trvající soustředěná zátěž oka spojená se sníženou frekvencí mrkání, zejména sledování obrazovek elektroniky, hovoří se také např. o syndromu počítačového vidění nebo o syndromu kancelářského oka) nebo vnějšího prostředí (klimatizované prostory, přetopené a suché místnosti, kouř, prašnost). Roli hrají také některé interní choroby, hormonální změny u žen i mužů, vedlejší účinky některých léků nebo dlouhodobé používání očních čoček, nebo paradoxně dlouhodobé používání očních kapek s obsahem konzervačních látek. Sama alergická konjunktivitida navozuje pokles tvorby mucinu i ztenčení lipidové vrstvy a vstupuje tak do začarovaného kruhu vzájemné potenciace se syndromem suchého oka.

LÉČBA

Léčba alergické konjunktivitidy je založena na prevenci kontaktu s alergenem, obecné symptomatické

(pomocné) terapii a na speciální protialergické léčbě. Samostatnou problematikou je možnost potlačit potíže dlouhodobě až celoživotně vytvořením tolerance vůči příčinnému alergenů formou výše zmíněné specifické alergenové imunoterapie (AIT).

1. Obecná (pomocná) symptomatická terapie

- Režimová opatření – pít minimálně 2 litry tekutin denně, prevence suchého vzduchu (klimatizace, vytápění) a časté větrání (samozřejmě mimo pylová maxima u pylových alergiků), dostatečné osvětlení pracovních ploch, procvičování okohybných svalů, ochrana očí (slunečními) brýlemi.
- Ochlazování očí – studené obklady mohou pomoci při akutním svědění.
- Umělé slzy – pomáhají vyplavit alergeny ze spojivkového vaku a řeší případný terén současně přítomného syndromu suchých očí, který prohlubuje potíže alergika. Pro delší působení obsahují obvykle kyselinu hyaluronovou v koncentraci 0,05 až 0,2 % a event. stabilizátory lipidové složky slzného filmu, jako je ectoin. Pozor: Umělé slzy je třeba aplikovat s odstupem od protialergických očních kapek, abychom tímto nevyplavovali podané léky.
- Zklidňující nespecifické látky přírodního i jiného charakteru – jsou obvykle součástí některých speciálních forem umělých slz, např. výtažek ze světlíku lékařského nebo dexpanthenol a vitamín A.

2. Speciální protialergická terapie

- Celkové (tabletové) formy – řeší i jiné projevy alergie, např. alergickou rýmu. Jejich výhodou je také až celodenní působení, síla efektu a určitá pohodlnost. Nevýhodou je pomalý nástup efektu a u citlivých pacientů možnost celkových nežádoucích účinků (sedace u H1-antihistaminik).
- Lokální (oční kapkové) formy – zásadní výhodou je rychlý („minutový“) efekt a nepravděpodobnost celkových nežádoucích účinků. Lze je samozřejmě použít nejenom v preventivní aplikaci, ale i jako řešení občasných podráždění při jinak efektivní tabletové preventivní léčbě. V tabulce 2 jsou uvedeny dostupné skupiny a účinné látky v České republice v roce 2024. Oční antihistaminika lze vesměs zakoupit v lékárně, tj. opatřit bez lékařského receptu. Naopak kortikosteroidy jsou indikovány pouze při těžkých formách očního postižení pod dohledem oftalmologa.

KOMPLIKACE A KDY JE NUTNO NAVŠTÍVIT LÉKAŘE

K okamžitému akutnímu řešení očních potíží, včetně alergických, se lze s plnou důvěrou obrátit na lékárníka nebo praktického lékaře. Ti posoudí příčinu očních potíží, poradí vhodnou akutní léčbu a v případě nejasného obrazu nebo komplikací pacienta odkážou k akutnímu vyšetření očním specialistou. Varujícími příznaky jsou například zhoršení zraku, silné otoky víček nebo chronický průběh nereagující na protialergickou léčbu.

Specialista alergolog nezajišťuje akutní vyšetření a řešení pacientů „z ulice“. Nicméně v konečném důsledku by každý potenciální alergik měl být

Tabulka 2. Přehled lokálních očních forem pro léčbu alergické konjunktivitidy dostupných v ČR v r. 2024.

Léková skupina (oční kapky)	Účinné látky (dostupné přípravky CZ 2024)
H1-antihistaminika	azelastin (Azelastin COMOD, Allergodil), emedastin (Emadine), ketotifen (Zaditen SDU), levokabastin (Livostin), olopatadin (Opatanol, Olopatadin Unimed Pharma, Olopatadin Olikla), epinastin (Purivist)
Mastocytární stabilizátory	kromony (Allergocrom, Allergo-COMOD, Lecrolyn)
Antihistaminika kombinovaná s alfa-mimetikem	antazolin + tetrazyolin (Spersallerg)
Kortikosteroidy	dexamethason (Dexamethasone WZF Polfa), fluorometholon (Efflumidex, Flarex, Flucon), hydrocortison (Softacort), hydrocortison mast (Ophthalgo-hydrocortison Léčiva)

objednán k této odbornosti. Jde o došetření dalších alergických rizik (zejména alergického astmatu), identifikaci příčinných alergenů a vytvoření dlouhodobého léčebného postupu „na míru“, zahrnujícího i případnou alergenovou imunoterapii.

ZÁVĚR

Alergická konjunktivitida je běžným, ale velmi obtěžujícím onemocněním. Lékárníci hrají důležitou roli v identifikaci a edukaci postižených a v doporučení vhodné volně prodejné léčby. Podobně v první linii stojí i praktičtí lékaři. V případě komplikovanějšího průběhu nebo nejasného diagnostického obrazu je nutná včasná konzultace oftalmologa. Perspektivně je vždy vhodné doplnit alergologické vyšetření. ■

INZERCE ▼

ZVLHČENÍ POVRCHU OKA A ZMÍRNĚNÍ OČNÍCH PŘÍZNAKŮ ZÁNĚTU A ALERGIÍ

- ✓ Kombinace kyseliny hyaluronové a ectoinu
- ✓ Podpora přirozené bariéry oka proti alergenům a dráždivým látkám
- ✓ Bez konzervačních látek a fosfátů
- ✓ Použitelnost 6 měsíců po prvním otevření
- ✓ Lze používat s kontaktními čočkami

Oční kapky **HYLO DUAL®** jsou zdravotnickým prostředkem (CE 0197). Tato informace je určena odborníkům (tj. osobám oprávněným předepisovat nebo vydávat zdravotnické prostředky). Pravděpodobná rizika spojená s používáním uvedeného zdravotnického prostředku jsou uvedena v návodu k použití. Před použitím si pozorně přečtěte návod k použití, který je přiložen ke každému balení. Návod k použití a další užitečné informace naleznete také na www.hylo.cz.



Distributor: **URSAPHARM** spol. s r. o., Kubánské náměstí 1391/11, 100 00 Praha 10
IČO: 61678139 • tel.: +420 295 560 468 • e-mail: info@ursapharm.cz • www.ursapharm.cz



HISTAMINOVÁ INTOLERANCE

Klára Chládková

autorka je studentkou 6. ročníku oboru Všeobecné lékařství na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně

✉ chladkova.brno@gmail.com



Klára Chládková vystudovala osmileté Gymnázium Brno, třída Kapitána Jaroše. Od 3. ročníku studia na LF MU v Brně absolvovala stáže v Ústavu klinické imunologie a alergologie Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně. Během studia se aktivně angažovala ve Spolku mediků a 3 roky byla členkou studentské komory Akademického senátu. Je spoluautorkou článku v časopisu Klinická onkologie s tvorbou edukačního letáku pro pacienty, který je jim k dispozici v čekárnách Masarykova onkologického ústavu v Brně a je také dostupný on-line na stránkách Ústavu Lékařské psychologie a etiky LF. Jako spoluautorka je zde uvedena pod rodným příjmením Fialová. Článek a prezentaci o histaminové intoleranci napsala v rámci samostatné práce pod vedením pana primáře MUDr. Romana Hakla, Ph.D., z Ústavu klinické imunologie a alergologie FN u sv. Anny v Brně.

Téma histaminové intolerance (HIT) je dnes stále více diskutováno. Spíše než o samostatnou diagnózu jde o soubor nespecifických příznaků souvisejících s metabolismem histaminu. Tyto projevy často napodobují jiná onemocnění, což významně komplikuje diagnostiku i léčebné přístupy. Jaké faktory ji ovlivňují? Jak ji lze odlišit od jiných stavů?

A jakou roli hraje dieta? Tento článek přináší přehled aktuálních poznatků o histaminové intoleranci a možnostech ovlivnění jejích symptomů.

ÚVOD

Histaminová intolerance (HIT) je souborem klinických příznaků vyskytujících se po konzumaci potravin obsahujících histamin. V důsledku snížené aktivity degradačních enzymů histaminu dochází k jeho akumulaci v organismu.

HISTAMIN

Histamin je biogenní amin syntetizovaný z aminokyseliny L-histidinu pomocí enzymu L-histidin dekarboxylázy. Má klíčovou roli v mnoha fyziologických procesech a jeho účinky se liší podle typu receptoru, na který se váže.

Známe čtyři hlavní typy histaminových receptorů (H₁–H₄), které se vyskytují téměř ve všech tkáních organismu. V kontextu HIT jsou nejdůležitější receptory H₁, jejichž aktivace vede k vazodilataci, zvýšené permeabilitě cév, tachykardii a bronchokonstrikci, a H₂ receptory, které se podílejí na regulaci sekrece žaludeční kyseliny.

HISTAMIN V POTRAVINÁCH

Hlavním exogenním zdrojem biogenních aminů (histaminu, kadaverinu, putrescinu, tyraminu) jsou potraviny. Zvýšený příjem těchto látek potravinami může vést k nežádoucím reakcím organismu, včetně projevů histaminové intolerance. Vliv na jejich množství v potravinách má čerstvost, přirozené osídlení bakteriemi (některé jsou schopny tvořit histamin) a typ zpracování potravin (například fermentace). Histamin je termostabilní, a proto je jeho eliminace z potravin prakticky nemožná (např. chlazení potravin k jeho eliminaci nevede). Předějit kontaminaci se dá jedinej správným skladováním, mražením a časnou likvidací bakterií.

METABOLISMUS HISTAMINU

Pro metabolismus histaminu jsou klinicky nejvýznamnější enzymy diaminoxidáza (DAO) a histamin-N-methyltransferáza

(HNMT). HNMT má v kontextu histaminové intolerance menší význam. Přestože se vyskytuje v širším spektru tkání a je selektivnější pro histamin, jedná se o intracelulární enzym, který na rozdíl od DAO nefunguje jako metabolická bariéra chránící před akumulací histaminu v krvi. DAO se exprimuje na povrchu enterocytů v tenkém střevě a jeho snížená aktivita je považována za hlavní příčinu rozvoje symptomů v kontextu histaminové intolerance.

FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ AKTIVITU DIAMINOOXIDÁZY

Genetické polymorfismy

Dnes víme, že existuje více než padesát bodových polymorfismů (SNPs) genu pro enzym DAO, které mají vliv na snížení nebo zvýšení jeho aktivity a jsou předmětem dalších výzkumů.

Stav střevní sliznice

Vzhledem k prezentaci enzymu DAO na povrchu enterocytů musíme myslet na komorbiditu trávicího traktu, při kterých dochází k destrukci buněk trávicí trubice (např.

nespecifické střevní záněty), a na velice významný vliv střevního mikrobiomu. Některé studie naznačují, že se u pacientů s podezřením na HIT častěji vyskytují dysmikrobie.



Hlavním exogenním zdrojem biogenních aminů (histaminu, kadaverinu, putrescinu, tyraminu) jsou potraviny.

Těhotenství

U žen, u kterých se dříve objevovaly symptomy související s HIT, bylo pozorováno jejich zmírnění nebo i plné vymizení během těhotenství díky zvýšené produkci enzymu DAO placentou.

Farmaka a alkohol

Podle studií užívá běžně dostupná léčiva, která inhibují enzym DAO, téměř 20 % evropské populace. Příklady léčiv s vlivem na aktivitu enzymu shrnuje tabulka 1.

HISTAMINOVÁ INTOLERANCE (HIT)

Histaminová intolerance je nežádoucí reakcí organismu na konzumaci potravin s obsahem histaminu, způsobená jeho nedostatečnou degradací ve střevě, akumulací v krevní plazmě a aktivací histaminových receptorů. Vzhledem k jejich širokému zastoupení v organismu

se HIT manifestuje četnými gastrointestinálními i extraintestinálními symptomy, které jsou pro každého pacienta individuální.

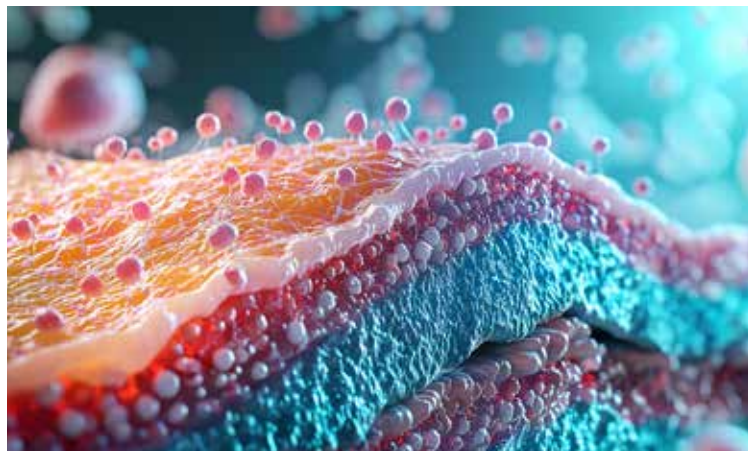
SYMPTOMY HISTAMINOVÉ INTOLERANCE

Gastrointestinální trakt

HIT se může manifestovat bolestmi břicha, plynatostí a průjmy, výjimečně i obštipací či zvracením. Jedná se o velmi nespecifické příznaky, a proto je nutné došetřit celou řadu systémových onemocnění a onemocnění trávicího traktu (nespecifické střevní záněty, nádorová onemocnění, celiakii).

Nervový systém

Dalším projevem mohou být bolesti hlavy. V této souvislosti probíhají výzkumy u pacientů s migrénou, kteří mají podle dostupných dat nižší aktivitu sérového enzymu DAO oproti kontrolní skupině. Sleduje se také pozitivní vliv nízkohistaminové diety na prevenci



Tabulka 1.

Příklady léčiv s vlivem na aktivitu enzymu DAO	chlorochin, kyselina klavulanová, cefuroxim, verapamil, klonidin, isoniazid, metamizol, diklofenak, acetylcystein, amitriptylin, metoklopramid, suxamethonium, prometazin, cimetidin, kyselina askorbová, thiamin
--	---

atak migrény. V léčbě byla testována H1-antihistaminika, ale neprokázala se jako efektivní.

Respirační systém

Vyskytují se symptomy obdobně alergickým projevům, jako je silná sekrece z nosu či nosní obstrukce. Mohou se objevit také dechové potíže související s bronchokonstrikcí.

Kůže

Z kožních projevů se může vyskytovat svědění, zarudnutí v obličeji (flushing), urtikárie apod. U pacientů s urtikárií (kopřivkou) a s atopickou dermatitidou byly pozorovány snížené hladiny DAO v porovnání s kontrolní skupinou, a po zavedení nízkohistaminové diety se nepříjemné projevy zlepšily.

Reprodukční systém

V souvislosti s HIT se může vyskytovat bolestivá či nepravidelná menstruace. Předpokládá se ovlivnění syntézy pohlavních hormonů a prostaglandinů histaminem. Existuje také studie, která podporuje pozitivní vliv podání H1-antihistaminik první den menstruace na zmírnění

menstruační bolesti. Současně dochází ke změnám aktivity enzymu DAO v průběhu celého menstruačního cyklu. V luteální fázi mohou být symptomy histaminové intolerance méně výrazné.

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

Projevy histaminové intolerance jsou velmi různorodé, nespecifické, individuální a často obtížně odlišitelné od projevů jiných onemocnění. Vždy musíme nejdříve vyloučit celou škálu systémových onemocnění, nemoci gastrointestinálního traktu, alergie, systémovou mastocytózu, závažné příčiny bolestí hlavy a dermatologická onemocnění.

V souvislosti s konzumací potravin bohatých na histamin bychom měli myslet i na histaminovou intoxikaci (scombroid syndrom). Při této otravě se příznaky objevují obvykle do 20 až 30 minut po jídle, mohou zahrnovat vyrážku, bolesti břicha či dechové obtíže a v ojedinělých případech mohou být závažné. Většinou však samy rychle odezní a nevyžadují



terapii. Pro odlišení od HIT je důležitá anamnéza se zaměřením na konzumaci potravin s vysokým obsahem histaminu, především ryb a mořských plodů (makrel, tuňáka, sardinek apod.), rychlý nástup obtíží a jejich krátkodobý charakter.

DIAGNOSTIKA HISTAMINOVÉ INTOLERANCE

Základem diagnostiky by měla být pečlivě odebraná anamnéza se zaměřením na klinické obtíže pacienta, vyloučení ostatních komorbidit a pozorování ustoupení symptomů po zavedení nízkohistaminové diety. Přesná diagnostická kritéria ovšem zatím neexistují. Dostupné laboratorní testy měřící sérové hladiny enzymu DAO je vhodné doplnit, ale neměly by být primárním rozhodujícím diagnostickým markerem.

Anamnéza

V anamnéze pátráme po přítomnosti alespoň dvou symptomů typických pro HIT s vazbou na jídlo (manifestace symptomů u HIT bývá do 4 hodin od konzumace potravin). Je důležité dávat tyto symptomy vždy do kontextu jiných onemocnění (viz diferenciální diagnostika). Zaměřujeme se také na užívaná farmaka, která mohou mít přímý vliv na aktivitu histamin degradačních enzymů.

Efekt nízkohistaminové diety

Nejdůležitějším krokem v diagnostice je zavedení nízkohistaminové diety a sledování jejího efektu na pacientovy potíže. Dieta by měla být dodržována po dobu minimálně 4 až 8

Tabulka 2.

Příklady potravin vhodných pro eliminaci v rámci nízkohistaminové diety	rajčata, špenát, kimchi, avokádo, lilek, papriky, kokos, baklažán, kiwi, jahody, citrusy, kokos, ananas, mango, banán, skladované a konzervované maso, kuřecí maso, vepřové maso, uzené masné produkty, ryby, korýši, měkkýši, mléko, jogurty, zrající sýry, luštěniny, arašidy, bílé pečivo, vajíčka, čokoláda, kakao, čaj, alkoholické nápoje
--	---

týdnů, přičemž by si měl pacient po tuto dobu zaznamenávat svůj jídelníček a případnou přítomnost potíží ve vztahu k potravinám.

Laboratorní testy

Z laboratorních testů se nejvíce používá detekce aktivity DAO v séru. Ze studií, které zkoumaly relevanci tohoto laboratorního markeru ve vztahu k histaminové intoleranci, máme prozatím rozporuplné výsledky. Hladiny DAO často nekorelují se symptomatikou. Navíc se uvažuje o přirozeném kolísání hladin sérového DAO v rámci dne, případně měsíce. Vyšetření je i přesto vhodné doplnit jako součást komplexní diagnostiky HIT. Vzhledem k tomu, že je enzym DAO exprimován na povrchu enterocytů, jeví se jako přesnější parametr vyšetření aktivity DAO biopsií sliznice trávicího traktu pomocí endoskopických metod. Tato

vyšetření ovšem spadají do rukou gastroenterologů a nejsou běžně prováděna.

Další možností je variace kožních alergologických testů (prick testu), ale interpretace jejich výsledků může být zavádějící.

Protože je vyšetření aktivity DAO biopsií příliš invazivní, pokusil se Comas-Basté přijít s neinvazivním vyšetřením histaminu a jeho metabolitu metylhistaminu z moči. Jedná se ale o nové metody, ke kterým prozatím nemáme dostatek spolehlivých dat.

MOŽNOSTI TERAPIE

Nízkohistaminová dieta

Jedinou účinnou terapií histaminové intolerance je v současnosti nízkohistaminová dieta. Pacientům jsou dostupné seznamy potravin, kterým by se měli ve svém jídelníčku vyvarovat. Některé inkriminované potraviny a nápoje shrnuje tabulka 2.

Pouze část potravin, které způsobují obtíže, ale opravdu obsahuje vysoká množství histaminu. Pravděpodobně se tak na vzniku potíží podílí i jiné složky potravin a další již diskutované faktory. Každý pacient by si proto měl pečlivě zaznamenávat svůj jídelníček a vyloučit všechny problémové potraviny i nad rámec doporučení. Samotnou monitoraci jídelníčku mohou pacientům usnadnit mobilní aplikace, některé navrhované speciálně pro HIT, které nabízejí seznam potenciálně rizikových potravin a umožňují tak interaktivní záznamy.

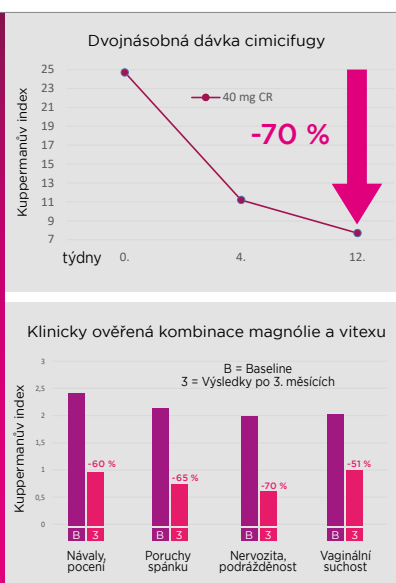
Suplementace DAO

Pacientům se sníženou aktivitou enzymu DAO můžeme také nabídnout perorální suplementaci DAO v podobě doplňku stravy s cílem zmírnit striktní nízkohistaminovou dietu.

ZÁVĚR

Histaminová intolerance pravděpodobně zůstane ještě dlouho diskutovaným a nejasným tématem, a to zejména vzhledem k široké variabilitě příznaků, individuální vnímavosti a omezeným diagnostickým možnostem. Nejednota definice a nedostatek spolehlivých diagnostických testů činí přístup k HIT výzvou. Pro lékaře by proto mělo být klíčové pacienty správně edukovat, nevnímat HIT jako jednoznačnou diagnózu a zaměřit se na praktická opatření, která mohou mírnit symptomy. Kromě nízkohistaminové diety sem patří podpora zdravého životního stylu, optimalizace střevního mikrobiomu a eliminace faktorů, které mohou metabolismus histaminu ovlivnit. ■

INZERCE ▼



Výrazná redukce projevů klimakteria po třech měsících

2× více cimicifugy

Zlepšení u projevů klimakteria, jako jsou návaly horka, pocení, podrážděnost **70 %**.



Magnólie a vitex

Kombinace magnólie officinalis a vitexu agnus castus snižuje návaly, pocení a poruchy spánku až **65 %** po 3 měsících, a zvyšuje psychickou pohodu až **70 %**.

ZÁNĚTY V DUTINĚ ÚSTNÍ

MDDr. Petra Rodová

autorka pracuje v pražské rodinné stomatologické klinice LaDenta na pozici zubní lékařky

✉ mddr.rodova@ladenta.cz



MDDr. Petra Rodová vystudovala 1. lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Praze, obor Zubní lékařství. Dříve pracovala na klinice FAdent s.r.o., jako zubní lékařka. Je absolventkou řady teoretických i praktických kurzů v oboru a zaměřuje se na konzervační a estetickou stomatologii.

Zánětlivá onemocnění v dutině ústní patří mezi jedny z nejčastějších zdravotních problémů. Mohou mít různou etiologii – od infekční přes mechanické poškození až po autoimunitní reakci – přičemž se mohou výrazně lišit svou závažností. Tyto stavy se často projevují bolestí, zarudnutím, otokem nebo tvorbou lézí a mohou výrazně ovlivnit kvalitu života pacienta. Správná diagnostika a cílená léčba jsou proto klíčové. V následujícím textu si přiblížíme nejčastější typy zánětů v dutině ústní, jejich etiologii, klinické projevy a možnosti terapie.

Zánětlivá onemocnění v dutině ústní lze obecně rozdělit na infekční a neinfekční. Mezi infekční řadíme bakteriální, virové a mykotické záněty, které jsou často spojeny s oslabenou imunitou nebo narušením

přirozené mikroflóry ústní dutiny. Neinfekční záněty mohou být způsobeny mechanickým podrážděním, alergickými reakcemi nebo autoimunitními onemocněními.

NEJČASTĚJŠÍ ZÁNĚTY V DUTINĚ ÚSTNÍ A JEJICH CHARAKTERISTIKA

Gingivitida

Snad nejčastějším infekčním bakteriálním zánětem je gingivitida. Gingivitida neboli zánět dásní vzniká v důsledku nahromadění zubního plaku. Zubní plak je biofilm, tedy vrstva bakterií s jasně uspořádanou strukturou tak, aby každý druh bakterií měl optimální podmínky pro přežití a množení. Zánět se projevuje zarudnutím, otokem a krvácením dásní. Pokud není gingivitida léčena, může progredovat do parodontitidy, která vede k destrukci závěsného aparátu zubů a v konečném důsledku k jejich ztrátě.

Základním kamenem terapie je důkladná ústní hygiena, a to jak domácí, tak profesionální. Nezbytností je mechanické odstranění zubního plaku pomocí zubního kartáčku a mezizubních pomůcek (mezizubních kartáčků nebo zubní nitě). U pacientů s gingivitidou, potažmo parodontitidou, je ve většině případů na zubech kromě plaku přítomen i zubní kámen, který dále dráždí dásně a chová se jako retenční faktor plaku. Zubní kámen je tvrdá struktura, relativně pevně lnoucí k povrchu zubu, kterou pacient není schopen odstranit sám zubním kartáčkem. Často se navíc tvoří i pod dásní na povrchu kořene. Proto je nutná návštěva dentální hygienistky. Dále bývají doporučovány antibakteriální výplachy – tedy ústní vody, nejčastěji s obsahem chlorhexidinu. V některých závažnějších případech rozsáhlého zánětu s agresivnějším složením

bakterií, nebo pokud již dochází k hnisavé exsudaci, může být nutné nasazení antibiotické terapie.

Herpetická gingivostomatitida

Dalším významným zánětem infekčního, v tomto případě virového původu, je herpetická gingivostomatitida. Je způsobena primoinfekcí virem herpes simplex (HSV-1). Nejčastěji se proto objevuje u dětí ve věku 10 měsíců až 3 let, vzácně se s ní můžeme setkat i u mladších dospělých. Charakteristickým projevem je výsev mnohočetných bolestivých puchýřků na sliznici dutiny ústní, které mohou i krvácet a později

přecházet v bělavé eroze. Stav bývá doprovázen horečkou a celkovou únavou, děti jsou neklidné, pro bolest odmítají jídlo a pití.

Léčba je ve většině případů symptomatická. Podávají se běžná analgetika a antipyretika, postižená místa lze potírat lokálními slizničními anestetiky. Velmi důležitá je důsledná hydratace pacienta a podávání kašovitě, nedráždivě stravy. U těžších forem bývá nutná hospitalizace, podání antivirotik (acyklovir systémově) a intravenózní hydratace.

Aftózní stomatitida

K dalším velmi běžným zánětům můžeme zařadit

aftózní stomatitidu, která se projevuje opakovanou tvorbou typických bolestivých defektů na sliznici dutiny ústní. Makroskopicky je afta kulovitá či oválná slizniční eroze s typickou bělavou spodinou a periferním erytémem. Afty se vyskytují typicky na nerohovějícím orálním epitelu – nejčastěji na dolním rtu a tvářové sliznici. Aftózní stomatitidu můžeme dále kategorizovat podle počtu a velikosti aft, a to na aphthosis minor, major a herpetiformis.

Přesná příčina aft není známá, ale mezi rizikové faktory patří stres, nedostatek vitamínů (zejména vitamínu B12 a kyseliny listové) a železa, mechanické dráždění a autoimunitní procesy. Běžné výsevy aphthosis minor (tj. do pěti aft velikosti mezi 2 až 5 mm) se hojí ad integrum zpravidla do 1 až 2 týdnů. Aphthosis major, tedy rozsáhlejší defekty velikosti mezi 5 až 20 mm, se hojí déle, a to obvykle 4 až 6 týdnů. Podle hloubky se mohou postižená místa i jizvit.

Léčba je zaměřena na zmírnění bolesti a urychlení hojení. Používají se antiseptické výplachy (opět s chlorhexidinem) a mukoadhezivní pasty s obsahem lokálního anestetika. V některých případech opakovaných výsevů je vhodné zvážit i suplementaci vitamínů, v nejzávažnějších případech uvažujeme o celkové léčbě kortikoidy.

INZERCE ▼

PÉČE O DÁSNĚ A SLIZNICE

Roztoky a gely Herbadent jsou určené k intenzivní péči o dásně a sliznice v dutině ústní. Jejich základem je léty ověřený extrakt ze 7 léčivých bylin, který pomáhá zklidnit podráždění, přispívá k regeneraci a podporuje přirozenou ochranu.

ORIGINAL ROZTOK HERBADENT



Pro lokální a preventivní péči o dásně.

PARODONTOL GEL



Gelová forma pro lokální a preventivní péči o dásně.

HERBAFT ROZTOK



Bylinná tinktura na dásně a sliznice s příznaky aft.

PROFESSIONAL SPREJ



S obsahem chlorhexidinu pro akutní péči.

PROTEO GEL



Péče o dásně zatížené zubní náhradou.

HERBADENT.CZ

VYROBENO Z BYLIN

Orální kandidóza

Jedná se o infekční mykotické zánětlivé onemocnění, nejčastěji způsobené přemnožením kvasinky *Candida albicans*.

Typicky postihuje novorozence, u kterých je zdrojem kolonizace kvasinková infekce matky během těhotenství. U kojenců nebo starších dětí mohou být zdrojem infikované předměty, které děti, zejména v období prořezávání zubů, vkládají do úst. V dospělosti se můžeme s orální kandidózou setkat u imunokompromitovaných pacientů, diabetiků nebo osob dlouhodobě užívajících antibiotika či kortikosteroidy. Poslední skupinu typických pacientů pak tvoří starší lidé se snímatelnými protetickými náhradami, kdy zdrojem infekce bývá nedostatečná hygiena náhrad.

Kandidóza se v ústech projevuje bělavými povlaky na sliznici, které lze setřít, přičemž pod nimi zůstává zarudlá a bolestivá tkáň. Dalšími projevy onemocnění jsou také poruchy chuti, pocity pálení

a suchosti v ústech. Vzácně se kandidová infekce může přesunout ze sliznic dutiny ústní až do hltanu, jícnu, případně i do dýchacích cest.

Terapie spočívá v podávání lokálních antimykotik, jako je nystatin či mikonazol. Dříve doporučovaná genciánová violeť se dnes dá již označit za obsoletní, byla nahrazena zmíněnými specifickými lokálními přípravky.

U těžších forem kandidózy jsou indikována systémová antimykotika, například flukonazol. Samozřejmostí je zvýšená ústní hygiena a důkladná hygiena zubních náhrad.

Lichen planus

Mezi neinfekční záněty v dutině ústní patří například lichen planus. Jedná se o chronické autoimunitní onemocnění postihující nejen orální sliznice. Rozlišujeme tři základní formy – retikulární, atrofickou a erozivní. Lichen se může

projevit bělavými síťovitými lézemi (takzvané Wickhamovy strie), přičemž tato forma bývá většinou asymptomatická a bývá tedy diagnostikována náhodně. Aτροφická forma se vyznačuje zarudlými ložisky, pacienti si často stěžují na pocity pálení v ústech. Erozivní forma je charakteristická bolestivými ulceracemi, setkat se můžeme i s deskvamativní gingivitidou. Ústní projevy mohou často doprovázet i projevy extraorální.

Léčba zahrnuje podávání lokálních či systémových kortikosteroidů, vhodné je doplnit ji antimykotickou profylaxi. V těžších případech zahrnujících extraorální projevy může být na místě nasazení imunosupresiv. Vhodná je také úprava dentální hygieny, prevence poranění ústní sliznice, vyřazení dráždivých potravin a zmírnění stresu.

Záněty z fyzikálních příčin

Záněty v ústní dutině mohou být také způsobeny mechanickým drážděním, například ostrými okraji zubů, nesprávně padnoucími protézami nebo ortodontickými aparáty. Chemické nebo termické podráždění (horké jídlo, agresivní ústní vody) může rovněž vést k dočasnému zánětu ústní sliznice. V těchto případech je důležité eliminovat příčinu a podpořit regeneraci sliznice pomocí hojivých gelů a antiseptických výplachů.

ZÁVĚR

Záněty dutiny ústní mohou mít různé příčiny, od běžných infekcí až po autoimunitní či mechanické poškození. Správná diagnostika a cílená léčba jsou zásadní pro rychlé zvládnutí obtíží a prevenci komplikací. Edukace pacientů o správné hygieně, včasném rozpoznání příznaků a možnostech lokální či systémové terapie může výrazně přispět k jejich zdraví a pohodlí. ■

INZERCE ▼

BioGaia® Pharax®

Kombinace patentovaných probiotických kmenů pro doplňování mikrobioty úst a krku a vitamin D pro normální funkci imunitního systému.

Doplňek stravy.

ewopharma Ewopharma, spol. s r. o. | Sodomkova 1474/6 | 102 00 Praha 10
www.ewopharma.cz | www.biogaia.cz

NOVINKA



BioGaia®
Supporting your invisible heroes

LÉKOVÁ POCHYBENÍ U GENERICKÉ SUBSTITUCE

PharmDr. Marek Lapka, Ph.D.

autor pracuje v Ústavu farmakologie 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze

✉ marek.lapka@lf3.cuni.cz



PharmDr. Marek Lapka, Ph.D., vystudoval Farmaceutickou fakultu v Hradci Králové, kde v roce 2014 získal titul doktora farmacie. Následně pokračoval v doktorském studiu na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze, kde v roce 2023 získal titul Ph.D. v oboru biomedicíny. V současnosti se věnuje vědecké činnosti a působí jako konzultant v oblasti farmakovigilance a klinických studií. Zaměřuje se především na klinickou farmakologii, výzkum v oblasti závislosti a farmakovigilanci. Má bohaté zkušenosti s přípravou regulačních dokumentů, vědeckých protokolů a bezpečnostních rizik léčiv. Je autorem řady odborných článků publikovaných v mezinárodních časopisech a aktivně se účastní odborných konferencí. Je členem České společnosti pro experimentální a klinickou farmakologii a Evropské asociace lékařských autorů.

SOUHRN

Léková pochybení představují závažný problém ve zdravotnictví, přičemž generická substituce může být jedním z faktorů, které k nim přispívají. Navzdory regulacím a požadavkům na bioekvivalenci mezi generiky a originálními přípravky existují situace, kdy generická substituce může vést k nežádoucím účinkům či snížené účinnosti léčby. Mezi klíčové rizikové faktory patří rozdíly v pomocných látkách, farmakokinetických vlastnostech a důvěře pacientů v generické přípravky. Původní práce ukazují, že zatímco většina generik nabízí bezpečnou a účinnou alternativu originálních léčiv, v některých terapeutických oblastech, jako je kardiologie nebo neurologie, je nutná zvýšená opatrnost při jejich

záměně. Klíčovým závěrem je nutnost pečlivé preskripce, edukace zdravotníků i pacientů a systémových opatření ke snížení rizik spojených s automatickou generickou substitucí.

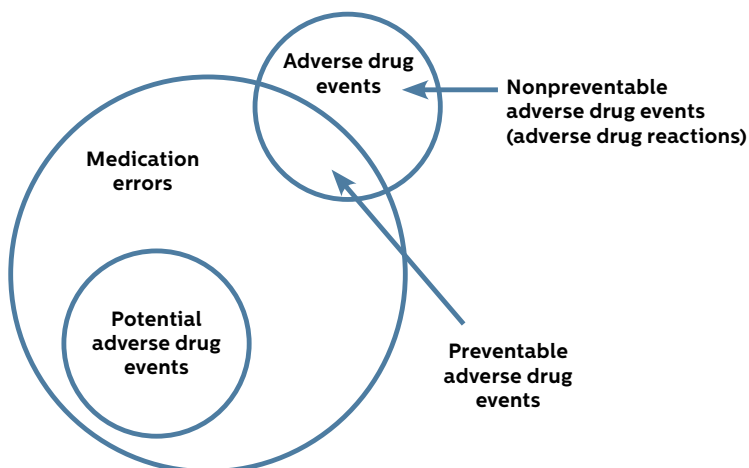
ÚVOD

S rozšířením a zlepšením lékového arzenálu v moderní medicíně bohužel vzrůstá potenciál tzv. lékových rizik, která mohou i v konečném důsledku vést k poškození pacienta nebo fatálním komplikacím.

Léková pochybení popisují jakoukoliv chybu, která se vyskytne v procesu užívání léčiv bez ohledu na to, zda došlo k reálnému poškození pacienta nebo zda existoval pouze potenciál pro jeho poškození. Veřejnost si však dosud dostatečně neuvědomuje, že léčiva mohou být riziková, což bylo potvrzeno i studiemi. Existují tak důkazy o výskytu 6,7 % závažných a potenciálně závažných lékových pochybení u hospitalizovaných 30 000 pacientů (1). Jedna práce ukázala na poškození u 3,7 % hospitalizovaných pacientů, z nichž 13,6 % mělo fatální komplikace (2).

Přibližně 1 ze 100 chyb v medikaci vede k nežádoucím účinkům, zatímco potenciál k tomu má 7 ze 100. Zároveň polovině těchto událostí se dle provedené analýzy dalo předejít. Některým reakcím bohužel nelze předejít a vyplývají z mechanismu účinku látky. Vztah mezi jednotlivými lékovými chybami a nežádoucími účinky je znázorněn na obrázku vyňatém z anglicky psané literatury (3).

Vztahy mezi lékovým pochybením a nežádoucím účinkem.



Ve veřejném prostoru jsou dostupné i kalkulace nákladů, které musí zdravotní systémy vynaložit v souvislosti s lékovými pochybeními. Až po zveřejnění těchto studií v 90. letech minulého století si odborníci uvědomili, že těmto problémům lze zabránit pouze aktivním přístupem všech subjektů, nejlépe ve spolupráci s lékovými autoritami. Dnes se bezpečnost léčiv považuje za jeden z hlavních a klíčových parametrů posuzovaných při hodnocení kvality farmakoterapie, ale i poskytované zdravotní péče. Navíc nárok na poskytování bezpečné a kvalitní farmakoterapie náleží mezi základní práva pacienta. V roce 2003 vytvořila Rada Evropy komisi „Expert Group on Safe Medication Practices“, jejíž cílem bylo vypracovat sadu doporučení, která budou vodítkem při snaze minimalizace rizik, které mohou být zapříčiněny nevhodným nebo nesprávným použitím léčiv (4).

Tento článek se zabývá problematikou lékových pochybení v souvislosti s generickou substitucí a jejich možnými dopady na paci-

enty. Cílem je analyzovat rizika spojená s automatickou náhradou originálních léčiv generiky, identifikovat hlavní příčiny těchto chyb a navrhnout opatření ke zvýšení bezpečnosti farmakoterapie.

BEZPEČNÉ POSTUPY – OBECNÁ HLEDISKA

Právě z výše popsaných důvodů často zmiňujeme bezpečné používání léčiv i v kontextu lékových pochybení s cílem rozvíjet kulturu bezpečného používání léčiv. Systém Farmakovigilance a správná preskripční praxe tak nepřipomínají 2 samostatné jednotky. Určitá harmonie mezi nimi existuje už s ohledem na společné cíle a dokonce povinnosti, které vyplývají ze zákona o Léčivech a dalších legislativních norem.

Například farmakovigilanční systém na úrovni EMA pro identifikaci bezpečnostních signálů (EVDAS) vzpomíná ve svém procesu na informování předepisujících lékařů prostřednictvím tzv. *Direct healthcare professional communications*, případně i změnou SPC nebo

dalších minimalizačních aktivit. Také bychom zde mohli zmínit i systémová opatření, pomocí nichž by šlo zabránit nebo jinak ovlivnit výskyt rizika lékových pochybení (kontrola elektronicky psaných receptů, změna obalu léčivého přípravku, doplnění kontrolních mechanismů do dispenzace, využití jednodávkových systémů při výdeji tzv. „týdenních blisterů“ atd.).

Základním předpokladem, jak se vyvarovat lékovým pochybením v praxi, je správná a včasná identifikace rizikových situací, ke kterým může při předepisování/výdeji léčiva dojít. Této problematice se věnuje celá řada prací, ale i akademické obce studie, které se snaží identifikovat a sledovat výskyt lékových pochybení, a následně navrhnout preventivní opatření pro lékárnickou praxi. Dále by byla vytvořena zpětná vazba nejen chybujícím subjektům, ale celé odborné komunitě (nejlépe ve formě vědeckého článku nebo manuskriptu).

KONKRÉTNÍ PROBLEMATIKA – GENERICKÁ SUBSTITUCE

Diskuse o kvalitě a problematice generických léčiv se odvíjí již od jejich počátku. Je nutné připomenout, že tato diskuse bývá vedena nekontinuálně, tedy intenzivní diskuse na odborných konferencích následovaná relativně dlouhým tichem i v odborných časopisech, kdy ne náhodou končí patentovaná ochrana některého originálu. Posléze začíná standardní životní cyklus, kdy se bez žádného konkrétního závěru dostáváme zpět ke svým pacientům, originál bývá relativně rychle substituován generiky a cena originálu značně klesne. Diskusi konkrétně historicky rozdmýchala debata o nekvalitě generik širokospektrých betalaktamových antibiotik, kterou nakonec autoři uzavřeli tím, že generické kopie mají v průměru horší účinnost než originál a zároveň, že některá generika byla v laboratorním testování lepší než originál (1,5,6). Navazující systematická analýza 37 studií z roku 2014 dospěla k závěru, že z dosavadních prací nelze vyvodit žádné konkrétní stanovisko, které by zpochybňovalo kvalitu generik (7).

S přihlédnutím k dostupným publikovaným pracím lze konstatovat, že případy nekvalitních generik skutečně existují i na území EU, nejčastěji v kardiologii, nicméně jedná se o individuální pochybení vyplývající selháním na straně výrobce a bývá často identifikována již před samotnou preskripcí. V tomto bodě je však nutné vzpomenout na situace, kdy předepsaný přípravek nemá srovnatelné vlastnosti jako má originální léčivý přípravek, a proto se s ohledem na legislativu nejedná o generikum a taková preskripce by neměla být automaticky považovaná za generickou substituci.

Přestože se u generických přípravků může předpokládat stejná účinnost a bezpečnost v porovnání s originálními přípravky, je nutné vzít v potaz celou řadu skupin či konkrétních léčivých přípravků, u kterých není doporučena jednoduchá zaměnitelnost. V takových případech lze očekávat změny v залечení pacienta. Zde je ovšem nutné zdůraznit, že v takovýchto

TRIPLIXAM[®]

perindopril arginin / indapamid / amlodipin



**NEČEKEJTE,
AŽ BUDE PŘÍLIŠ POZDĚ**

TRIPLIXAM®

perindopril arginin / indapamid / amlodipin

Zkrácená informace o přípravku TRIPLIXAM®: SLOŽENÍ: Triplixam 5 mg/1,25 mg/5 mg obsahuje 5 mg perindopril-argininu/1,25 mg indapamidu/5 mg amlodipinu; Triplixam 5 mg/1,25 mg/10 mg obsahuje 5 mg perindopril-argininu/1,25 mg indapamidu/10 mg amlodipinu; Triplixam 10 mg/2,5 mg/5 mg obsahuje 10 mg perindopril-argininu/2,5 mg indapamidu/5 mg amlodipinu; Triplixam 10 mg/2,5 mg/10 mg obsahuje 10 mg perindopril-argininu/2,5 mg indapamidu/10 mg amlodipinu.

INDIKACE: Substituční terapie pro léčbu esenciální hypertenze u pacientů, kteří již dobře odpovídají na léčbu kombinací perindoprilu/indapamidu a amlodipinu, podáványmi současně v téže dávce. **DAVKOVÁNÍ A PODÁVÁNÍ:** Jedna tableta denně, nejlépe ráno a před jídlem. Fixní kombinace není vhodná pro iniciační léčbu. Je-li nutná změna dávkování, dávka jednotlivých složek by měla být titrována samostatně. **Pediatrická populace:** přípravek by se neměl podávat. **KONTRAINDIKACE:** Dialyzovaní pacienti. Pacienti s neléčeným dekompenzovaným srdečním selháním. Závažná porucha funkce ledvin (Cl_{cr} < 30 ml/min). Středně závažná porucha funkce ledvin (Cl_{cr} 30-60 ml/min) pro Triplixam 10 mg/2,5 mg/5 mg a 10 mg/2,5 mg/10 mg. Hypersenzitivita na léčivé látky, jiné sulfonamidy, deriváty dihydropridinu, jakýkoli jiný inhibitor ACE nebo na kteroukoli pomocnou látku. Anamnéza angioneurotického edému (Quinckeho edému) souvisejícího s předchozí terapií inhibitory ACE (viz bod Upozornění). Dědičný/diopatický angioedém. Druhý a třetí trimestr těhotenství (viz body Upozornění a Těhotenství a kojení). Hepatální encefalopatie. Závažná porucha funkce jater. Hypokalemie. Závažná hypotenze. Šok, včetně kardiogenního šoku. Obstrukce výtokového traktu levé komory (např. vysoký stupeň stenózy aorty). Hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu. Současné užívání přípravku Triplixam s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitem nebo poruchou funkce ledvin (GRF < 60 ml/min/1,73 m²) (viz bod Interakce). Současné užívání se sacubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu** (viz body Upozornění a Interakce). Mimotělní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz. Interakce). Signifikantní bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné fungující ledviny (viz. Upozornění). **UPOZORNĚNÍ:** Zvláštní upozornění: *Duální blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS):* duální blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokátorů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu se nedoporučuje. Inhibitory ACE a blokátory receptorů pro angiotenzin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. *Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anémie:* postupujte opatrně v případě kolagenového vaskulárního onemocnění, imunosupresivní léčby, léčby allopurinolem nebo prokainamidem, nebo kombinace těchto komplikujících faktorů, zvláště při existující poruše funkce ledvin. Monitorování počtu leukocytů. *Renovaskulární hypertenze:* pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou renální arterie u jedné fungující ledviny léčeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypotenze a renálního selhání. Léčba diuretiky může být přispívající faktor. Ztráta renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie. *Hypersenzitivita/angioedém, intestinální angioedém:* přerušte léčbu a sledujte pacienta až do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Současné užívání perindoprilu a sakubitrilu/valsartanu je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Léčbu sakubitrilem/valsartanem nelze zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilem/valsartanem ukončena, léčbu nelze zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu. Současné užívání inhibitorů ACE s racekadotrilem, mTOR inhibitory (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptiny (např. linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin) může vést ke zvýšenému riziku angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka spolu s poruchou dýchání nebo bez poruchy dýchání) (viz bod Interakce). U pacientů, kteří již užívají inhibitor ACE, je třeba opatrnosti při počátečním podání racekadotrilu, mTOR inhibitorů (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptinu (např. linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin)**. *Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:* postupujte opatrně u alergických pacientů léčených desenzibilizací a nepoužívejte v případě imunoterapie jedem blankofidly. Alespoň 24 hodin před desenzibilizací dočasně vysadte inhibitor ACE. *Anafylaktoidní reakce během LDL aferézy:* před každou aferézou dočasně vysadte inhibitor ACE. *Hemodialyzovaní pacienti:* zvažte použití jiného typu dialyzační membrány nebo jiné skupiny antihypertenziv. *Primární hyperaldosteronismus:* Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. *Těhotenství:* nezhajovat užívání během těhotenství, v případě potřeby zastavit léčbu a zahájit vhodnou alternativní léčbu. *Hepatální encefalopatie, která může vyvolat jaterní kóma:* ukončit léčbu. *Fotosenzitivita:* ukončit léčbu. *Opatrnosti pro použití: Renální funkce:* U některých hypertoniků s existujícími zjevnými renálními lézemi, u nichž renální krevní testy ukazují funkční renální insuficienci, by měla být léčba ukončena a je možno ji znovu zahájit u nízké dávce nebo pouze s jednou složkou. Monitorujte draslík a kreatinin, a to po dvou týdnech léčby a dále každé dva měsíce během období stabilní léčby. V případě bilaterální stenózy renální arterie nebo jedné fungující ledviny: nedoporučuje se. Riziko arteriální hypotenze a/nebo renální insuficience (v případech srdeční insuficience, deplece vody a elektrolytů, u pacientů s nízkým krevním tlakem, stenózou renální arterie, městrnavým srdečním selháním nebo cirhózou s edémy a ascitem): zahajte léčbu dávkami nižší dávce a postupně je zvyšujte. *Hypotenze a deplece vody a sodíku:* riziko náhlé hypotenze v přítomnosti preexistující deplece sodíku (zejména, je-li přítomna stenóza renální arterie): sledujte hladinu elektrolytů v plazmě, obnovte objem krve a krevní tlak, znovu zahajte léčbu nižšími snížená dávce nebo pouze jednou složkou přípravku. *Hladina sodíku:* kontrolovat častěji u starších a cirhotických pacientů. Jakákoli diuretika léčba může vyvolat hyponatremii, někdy s velice závažnými následky. Hyponatremie s hypovolemii mohou způsobit dehydrataci a ortostatickou hypotenzi. Současná ztráta chloridových iontů může vést k sekundárně kompenzační metabolické alkalóze; vyskyt a stupněm tohoto jevu je malý. *Hladina draslíku:* hyperkalemie: kontrolovat plazmatickou hladinu draslíku u pacientů s renální insuficiencí, zhoršení funkce ledvin, vyššího věku (> 70 let), diabetes mellus, přidružené onemocnění, zejména dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a současné užívání kalium-šetřících diuretik, doplňků draslíku nebo doplnků soli obsahující draslík nebo jiných léků spojených se zvyšováním hladiny draslíku v séru a zejména antagonistů aldosteronu nebo blokátorů receptorů angiotenzinu**. U pacientů užívajících ACE inhibitory mají být proto kalium šetřící diuretika a blokátory receptorů angiotenzinu užívány opatrně a má být kontrolována hladina draslíku v séru a funkce ledvin. *Hypokalemie:* Hypokalemie může způsobit svalové poruchy, zejména v souvislosti se závažnou hypokalemií, byly hlášeny případy rhabdomyolýzy; vysoké riziko u starších a/nebo podvýživných osob, cirhotických pacientů s edémem a ascitem, koronárních pacientů, u pacientů se selháním ledvin nebo srdečním selháním, dlouhým intervalem QT: sledovat plazmatickou hladinu draslíku. Může napomoci rozvoji torsades de pointes, které mohou být fatální. Hypokalemie zjištěná v souvislosti s nízkou koncentrací hořčiku v séru může být na léčbu neodpovídající, pokud není korigován sérový hořčík**. *Hladina vápníku:* hyperkalcemie: před vyšetřením funkce příštích tělísek ukončete léčbu. *Hladina hořčiku:* bylo prokázáno, že thiazidy a podobná diuretika včetně indapamidu zvyšují vylučování hořčiku močí, což může mít za následek hypomagnezémii**. *Renovaskulární hypertenze:* v případě stenózy renální arterie: zahajte léčbu v nemocnici v nízké dávce; sledujte funkci ledvin a hladinu draslíku. *Suchý kašel. Ateroskleróza:* u pacientů s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulární ischemií zahajte léčbu nízkou dávkou. *Hypertenze krize. Srdeční selhání/těžká srdeční insuficience:* v případě srdečního selhání postupujte opatrně. Těžká srdeční nedostatečnost (stupeň IV): zahajte léčbu nižšími iniciačními dávkami pod lékařským dohledem. *Stenóza aortální nebo mitrální chlopně/hypertrofická kardiomyopatie:* v případě obstrukce průtoku krve levou komorou postupujte opatrně. *Diabetici:* V případě inzulin-dependentního diabetes mellitus zahajte léčbu iniciační nižší dávkou pod lékařským dohledem; během prvního měsíce a/nebo v případě hypokalemie sledujte hladinu glukózy v krvi. *Černost:* vyšší incidence angioedému a zjevně menší účinnost při snižování krevního tlaku ve srovnání s jinými rasami. *Operace/anestezie:* přerušte léčbu jeden den před operací. *Porucha funkce jater:* mírná až středně závažná: postupujte opatrně. Podání inhibitorů ACE mělo vzácné souvislost se syndromem počínajícím cholestatickou žloutenkou a progresujícím až v náhlou hepatickou nekrózu a (někdy) úmrtí. V případě žloutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů ukončete léčbu. *Kyselina močová:* hyperurikemie: zvýšená tendence k zachvátům dny. *Starší pacienti:* před zahájením léčby vyšetřte renální funkci a hladiny draslíku. Dávku zvyšovat opatrně. *Hladina sodíku:* u podstatě bez sodíku. *Chorodální efuze, akutní myopie a sekundární glaukom s uzavřeným úhlem:* Sulfonamidy nebo deriváty sulfonamidů mohou způsobit idiosynkratickou reakci vedoucí k chorodální efuzi s defektem zorného pole, přechodné myopii a akutnímu glaukomu s uzavřeným úhlem. Příznaky zahrnují náhlý pokles zrakové ostrosti nebo bolesti očí a obvykle se objevují během hodin až týdnů po zahájení léčby. Neléčený akutní glaukom s uzavřeným úhlem může vést k trvalé ztrátě zraku. Primární léčba spočívá v co nejrychlejším vyléčení. Pokud se nitroční tlak nepodaří dostat pod kontrolu, je třeba zvážit rychlou medikamentózní nebo chirurgickou léčbu. Rizikové faktory pro rozvoj akutního glaukomu s uzavřeným úhlem mohou zahrnovat alergie na sulfonamidy nebo peniciliny v anamnéze. *Sportovci:* tento léčivý přípravek obsahuje léčivou látku, která může vyvolat pozitivitu dopingových testů.

INTERAKCE: *Kontraindikován:* Aliskiren u diabetických pacientů nebo pacientů s poruchou funkce ledvin. Mimotělní léčba. *Indikovaný:* Kontraindikován během druhého a třetího trimestru těhotenství. *Nedoporučuje se:* lithium, aliskiren u jiných pacientů než diabetických nebo pacientů s poruchou funkce ledvin, souběžná léčba inhibitory ACE a blokátorem receptorů pro angiotenzin, estramustin, kalium-šetřící léky (např. triamteren, amilorid...), soli draslíku, dantrolen (infuze), grapefruit nebo grapefruitová šťáva. *Výžadující zvláštní opatrnost:* blokofen, nesteroidní antiflogistika (včetně kyseliny acetylsalicylové ve vysokých dávkách), antidiabetika (inzulin, perorální antidiabetika), kalium-nešetřící diuretika a kalium-šetřící diuretika (eplerenon, spironolakton), racekadotril, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus), gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), léky vyvolávající „Torsades de pointes“, amfetoferin B (i.v. podání), glukokortikoidy a mineralkortikoidy (systémové podání), tetrakosaktid, stimulační laxativa, srdeční glykosidy (hypokalemie a/nebo hypomagnezemie zvyšuje toxické účinky digitális; v těchto případech je nutné sledovat plazmatické hladiny draslíku, hořčiku a EKG a v případě potřeby přehodnotit léčbu), alopurinol (současná léčba s indapamidem může zvýšit výskyt reakcí hypersenzitivity na alopurinol), induktry CYP3A4, inhibitory CYP3A4, klaritromycin (existuje zvýšené riziko hypotenze). *Výžadující určitou opatrnost:* antidepresiva imipraminového typu (tricyklická), neuroleptika, jiná antihypertenziva a vazodilatační, tetrakosaktid, alopurinol (současné podávání s inhibitory ACE), cytotostatika nebo imunosupresiva, systémové kortikosteroidy nebo prokainamid, anestetika, diuretika (thiazid nebo kličková diuretika), sympatomimetika, zlato, metformin, jodované kontrastní látky, vápník (soli), cyklosporin, atorvastatin, digoxin nebo warfarin, takrolimus, cyklosporin, simvastatin. *Léky vyvolávající hyperkalemii:* aliskiren, soli draslíku, draslík šetřící diuretika (např. spironolakton, triamteren nebo amilorid), inhibitory ACE, antagonisté receptorů pro angiotenzin II, NSAID, hepariny, imunosupresiva jako cyklosporin nebo takrolimus, trimethoprim a kotrimoxazol (trimethoprim/sulfamethoxazol). Proto není kombinace přípravku Triplixam s výše zmíněnými přípravky doporučena. Pokud je současně podávání indikováno, je třeba je podávat s opatrností a s pravidelnými kontrolami hladin draslíku v séru. **TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ:** Kontraindikován během druhého a třetího trimestru těhotenství. Nedoporučuje se během prvního trimestru těhotenství a při kojení. **FERTILITA:** Reverzibilní biochemické změny na hlavové části spermatozoi u některých pacientů léčených blokátory kalciového kanálu. **SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE:** Může být narušena v důsledku nízkého krevního tlaku, který se může vyskytnout u některých pacientů, zejména na začátku léčby. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:** *Velmi časté:* otoky. *Časté:* závratě, bolest hlavy, parestezie, vertigo, somnolence, dysgusie, zhoršení zraku, tinitus, palpitace, zrudnutí, hypotenze (a účinky spojené s hypotenzí), kašel, dušnost, bolest břicha, zácpa, průjem, dyspepsie, nevolnost, zvracení, změny ve vyprazdňování střeva, pruritus, vyrážka, makulopapulární vyrážka, svalové křeče, otok kotníku, astenie, únava, hypokalemie**. *Méně časté:* rinítida, eozinofilie, hypersenzitivita, hypoglykemie, hypokalemie vratná po přerušení léčby, hyponatremie, insomnie, změny nálad (včetně úzkosti), deprese, poruchy spánku, hypostezie, třes, synkopa, diplopie, tachykardie, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a fibrilace síní), vaskulitida, bronchospazmus, sucho v ústech, kopřivka, angioedém, apoplecie, purpura, změna zabarvení kůže, hyperhidróza, exantém, fotosenzitivní reakce, pemfigoid, artralgie, myalgie, bolest v zádech, poruchy močení, noční močení, polakisurie, renální selhání, erektilní dysfunkce, gynekomastie, bolest, bolest na hrudi, nevolnost, periferní edém, horečka, zvýšená tělesná hmotnost, snížená tělesná hmotnost, zvýšení sérové hladiny urey, zvýšení sérové hladiny kreatininu, pád. *Vzácné:* stav zmatenosti, zvýšení sérové hladiny bilirubinu, zvýšení hladiny jaterních enzymů, zhoršení psoriázy, syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu (SIADH)**, hypochloremie**, hypomagnezemie**, zčervenalání**, anurie/oligurie**, akutní renální selhání**. *Velmi vzácné:* agranulocytóza, aplastická anémie, pancytopenie, leukopenie, neutropenie, hemolytická anémie, trombocytopenie, hyperglykemie, hyperkalemie, hypertonie, periferní neuropatie, cévní mozková příhoda, možná sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoce rizikových pacientů, angina pectoris, infarkt myokardu, možná sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoce rizikových pacientů; eozinofilní pneumonie, gingivální hyperplazie, pankreatitida, gastritida, hepatitida, žloutenka, abnormální hepatální funkce, erythema multiforme, Stevens-Johnsonův syndrom, exfoliativní dermatitida, toxická epidermální nekrolýza, Quinckeho edém, snížení hemoglobinu a hematokritu. *Není známo:* Deplece draslíku s hypokalemií, u určitých rizikových populací zvláště závažná, extrapyramidové poruchy (extrapyramidový syndrom), akutní glaukom s uzavřeným úhlem, chorodální efuze, myopie, rozmazané vidění, torsades de pointes (potenciálně fatální), možný rozvoj hepatální encefalopatie v případě jaterní insuficience, svalová slabost, rhabdomyolýza, možnost zhoršení stávajícího systémový lupus erythematosus, EKG: prodloužený interval QT, zvýšená hladina glukózy v krvi, zvýšená hladina kyseliny močové v krvi, Raynaudův fenomén. **PŘEDÁVKOVÁNÍ:** Nekardiogenní plicní edém byl vzácně hlášen v důsledku předávkování amlodipinem, nástup se může projevit až opožděně (24–48 hodin po požití) a může vyžadovat ventilační podporu. Včasné resuscitační opatření (včetně hyperventilace) k udržení perfuze a srdečního výdeje mohou být spouštějící faktory**. **VLASTNOSTI:** Perindopril je inhibitor angiotenzin-konvertujícího enzymu (inhibitor ACE), který konvertuje angiotenzin I na vazokonstriktor angiotenzin II. Indapamid je derivát sulfonamidů s indolovým kruhem, farmakologicky příbuzný thiazidovým diuretikům. Amlodipin je inhibítoem transportu kalciových iontů (blokátor pomalých kanálů nebo antagonistů kalciových iontů), který inhibuje transmembránový transport kalciových iontů do srdečních buněk a buněk hladkého svalstva cévních stěn. **BALENÍ:** 30 a 90 tablet. Uchovávání: nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání. Doba použitelnosti: 3 roky. Doba použitelnosti po prvním otevření je 30 dní. Držitel rozhodnutí o registraci: Les Laboratoires Servier, 50, rue Camot, 92284 Suresnes cedex, Francie. Registrační čísla: 58/100/14-C, 58/101/14-C, 58/102/14-C, 58/103/14-C. Datum poslední revize textu: 5. 5. 2023. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravek je k dispozici v lékárnách. Přípravek je na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <https://sulkl.gov.cz/prehledy-cen-a-uhrad-leviv/seznam-leviv-a-pzlu-brazenych-ze-zdravotního-pojištění>. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 1111, www.servier.cz

* pro úplnou informaci si prosím přečtěte celý Souhrn údajů o přípravku

** všimněte si prosím změn v informaci o léčivém přípravku Triplixam

Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 1111, www.servier.cz

SERVIER
moved by you

situacích není doporučována ani záměna mezi jednotlivými generiky mezi sebou a lze předpokládat určitou individuální citlivost daného pacienta na daný přípravek. Takové případy zahrnují antiepileptika, levothyroxin, verapamil, případně i jiná léčiva z kardiologie. V kardiologii, ale i dalších specializacích je potřeba vzpomenout i na problematiku rozhození přípravků obsahujících fixní kombinace na přípravky s jednotlivými molekulami. Nejenže je tato preskripce nepředvídatelná s ohledem na potenciální zhoršenou compliance pacienta, ale může také přinést komplikace kvůli rozdílným farmakokinetickým parametrům (8–13). Na druhou stranu je nutné opět vzpomenout, že účinnost generik nemusí být podle legislativy absolutně shodná, ale musí dosáhnout tzv. bioekvivalence s patřičnými podmínkami pro lege artis registraci (14).

Pravidla pro registraci generik jsou zachována již několik desetiletí. Výrobce (tzv. žadatel o rozhodnutí) musí doložit původ léčivé látky nebo její kombinace a splnění zásad správné výrobní praxe. Povinné jsou dvě studie: laboratorní test rozpadu lékové formy (tzv. disoluční test) a klinická bioekvivalenční studie, která ověřuje, že generikum dosahuje stejných farmakokinetických parametrů léčiva v krvi jako originál. Tato studie se provádí na malém vzorku zdravých dobrovolníků po jednorázové dávce. Rozdíl ve farmakokinetických parametrech mezi originálem a generikem může být až 20 % oběma směry. Účinnost generika v dané indikaci se pak při registraci nehodnotí, pouze se tedy předpokládá. Díky

jednodušší dokumentaci a menším nákladům je registrační proces výrazně kratší a levnější než u originálních léčiv (15).

Dalším faktorem v dané problematice představuje použití různých pomocných látek, které mohou měnit farmakokinetiku daného přípravku a mohou z nich plynout rozdílná účinnost, ale také bezpečnost (tolerance...). Důležitým faktorem je samozřejmě i důvěra pacienta v daný produkt, který může být ovlivněn postoji a chováním nejen předepisujícího lékaře, ale také vydávajícího lékárníka. Tato důvěra pak značně ovlivňuje postoj pacienta stejně jako compliance a adherenci k léčbě, což je jeden z klíčových parametrů k dosažení terapeutických cílů lékaře.

ZÁVĚR

Na závěr lze konstatovat, že generické přípravky mají své zásadní místo ve farmakoterapii moderního zdravotního systému. Originální léky mají své výsostné postavení a posunují vývoj medicíny kupředu. Generika na druhou stranu umožňují rozšířit farmakoterapii mezi maximální počet pacientů a přímo zeštíhlují náklady vynaložené na zdravotní péči. Bez generik by bohužel současný zdravotní systém neexistoval.

Problém přichází s možnými pochybeními vyplývajícími z automatické generické substituce. Zejména u velmi závažných pochybení je rozhodujícím faktorem čas. Potřebný je proto rychlý záchyt k minimalizaci rizika možného poškození zdraví

pacienta, a je nutné si uvědomit, že i na úrovni generické substituce se můžeme setkat s určitými problémy, které vyžadují pozornost zúčastněných stran. ■

POUŽITÁ LITERATURA:

1. Bates DW, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Small SD, Servi D, et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implications for prevention. ADE Prevention Study Group. *JAMA*. 1995 Jul 5;274(1):29–34.
2. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*. 1991 Feb 7;324(6):370–6.
3. Gandhi TK, Seger DL, Bates DW. Identifying drug safety issues: from research to practice. *Int J Qual Health Care*. 2000 Feb;12(1):69–76.
4. Malý J, Hojný M, Vlček J. Léková pochybení a zkušenosti s jejich monitorováním I. *Farmacie pro praxi*. 2009 Dec 1;5(6):290–3.
5. Berwick DM, Leape LL. Reducing errors in medicine. *BMJ*. 1999 Jul 17;319(7203):136–7.
6. Bates DW, Boyle DL, Vander Vliet MB, Schneider J, Leape L. Relationship between medication errors and adverse drug events. *J Gen Intern Med*. 1995 Apr;10(4):199–205.
7. Tattevin P, Crémieux AC, Rabaud C, Gauzit R. Efficacy and quality of antibacterial generic products approved for human use: a systematic review. *Clin Infect Dis*. 2014 Feb;58(4):458–69.
8. Kesselheim AS, Bykov K, Gagne JJ, Wang SV, Choudhry NK. Switching generic antiepileptic drug manufacturer not linked to seizures: A case-crossover study. *Neurology*. 2016 Oct 25;87(17):1796–801.
9. Polard E, Nowak E, Happe A, Biraben A, Oger E, GENEPI Study Group. Brand name to generic substitution of antiepileptic drugs does not lead to seizure-related hospitalization: a population-based case-crossover study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2015 Nov;24(11):1161–9.
10. Lang JD, Kostev K, Onugoren MD, Gollwitzer S, Graf W, Müller T, et al. Switching the manufacturer of antiepileptic drugs is associated with higher risk of seizures: A nationwide study of prescription data in Germany. *Ann Neurol*. 2018 Dec;84(6):918–25.
11. Carter BL, Noyes MA, Demmler RW. Differences in serum concentrations of and responses to generic verapamil in the elderly. *Pharmacotherapy*. 1993;13(4):359–68.
12. Saseen JJ, Porter JA, Barnette DJ, Bauman JL, Zajac EJ, Carter BL. Postabsorption concentration peaks with brand-name and generic verapamil: a double-blind, crossover study in elderly hypertensive patients. *J Clin Pharmacol*. 1997 Jun;37(6):526–34.
13. Manzoli L, Flacco ME, Boccia S, D'Andrea E, Panic N, Marzuillo C, et al. Generic versus brand-name drugs used in cardiovascular diseases. *Eur J Epidemiol*. 2016 Apr;31(4):351–68.
14. Morais JAG, Lobato M do R. The new European Medicines Agency guideline on the investigation of bioequivalence. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2010 Mar;106(3):221–5.
15. Mayer O. Originální lék versus generikum. *Med. praxi*. 2012;9(10):412–414.

JAKÁ JE BUDOUCNOST STOMATOLOGIE A ORTODONCIE?

Doc. MUDr. Radovan Slezák, CSc.

autor pracuje na Stomatologické klinice Lékařské fakulty v Hradci Králové Univerzity Karlovy a ve Fakultní nemocnici Hradec Králové jako docent stomatologie a vedoucí lékař oddělení orální medicíny a je také předsedou Stomatologické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně

✉ slezak@lfhk.cuni.cz



Doc. MUDr. Radovan Slezák, CSc., vystudoval Lékařskou fakultu v Hradci Králové Univerzity Karlovy, obor Stomatologie. V roce 1985 složil atestaci 1. stupně ze stomatologie, v roce 1991 z parodontologie, v roce 2014 z klinické stomatologie a v roce 2024 z orální medicíny. V letech 2007–2024 byl přednostou Stomatologické kliniky a proděkanem Lékařské fakulty v Hradci Králové. Působí také na Fakultě zdravotnických odborů Prešovské univerzity v Prešově ve Slovenské republice. Je autorem či spoluautorem cca 200 odborných prací, 8 monografií, 10 kapitol v monografiích a 9 učebních textů. Věnuje se především chorobám ústní sliznice a slinných žláz, onemocněním parodontu a projevům celkových chorob v dutině ústní. Je členem Stomatologické společnosti České lékařské společnosti J. E. Purkyně a České parodontologické společnosti.

Současná stomatologie, neboli zubní lékařství, je poměrně specifickým lékařským oborem, jehož vývoj je ovlivňován střetáváním lékařské vědy, techniky, společenských požadavků, ekonomiky i mediálního obrazu. Má řadu podoborů, do nichž různě významně zasahuje medicínský a technický pokrok.

Ošetření zubního kazu a zubních kořenů je náplní **kariologie** a **endodoncie**. Dominují zde mikroskopické preparační techniky, nekovové a netoxické výplňové materiály a silně účinná antiseptika. Přičíst lze mikrochirurgii periapikálních tkání nevitálních zubů. Výrazně se zlepšila možnost včasné diagnostiky počínajících, dosud nekavitovaných zubních kazů bez využití ionizujícího záření (např. metoda DIFOTI), jež lze reparovat bez nevratného zásahu do zubních tkání.

Zubní dřeň se stala kvalitním zdrojem různých linií kmenových buněk, které využívá současná experimentální regenerativní medicína. Tato problematika podstatně zasahuje i do oblasti dětské stomatologie. Velký pokrok nastal v ošetřování nevitálních stálých zubů s nedokončeným vývojem kořene metodami apexifikace a apexogeneze. Jedná se většinou o důsledky úrazů zubů, které dlouhodobě měly infaustní prognózu. Přibývá také počet tzv. neošetřitelných dětí, z nichž ovšem jen menší část tvoří skuteční „jedinci se zvláštními potřebami“, vynucenými nestandardním zdravotním stavem. Při jejich ošetřování jsou velkou výhodou metody moderní analgosedace, umožňující ošetření bez zátěže celkovou anestezií.

Moderní alternativou ke konvenčním náhradám zubů jsou **oseointegrované dentální implantáty**. Existuje jich dlouhá řada v různé kvalitě (a ceně). Avšak pro úspěšnost ošetření je rozhodující erudice operátora a dodržování léčebných protokolů, jimiž se řídí navazující protetické ošetření. Do **stomatologické protetiky** vstoupily moderní technologie – intraorální skenování, trojrozměrný tisk situačních modelů, virtuální modelace korunek a můstků, CAD/CAM technologie umožňující frézování zubních náhrad z různých materiálů. Tyto technologie zcela eliminují potenciální chyby, které mohou nastat při klasických laboratorních postupech.

Dlouhodobá úspěšnost veškerého ošetření je podmíněna existencí zdravého parodontu, neboli závěsného zubního aparátu. Toho nelze dosáhnout bez řádné péče o gingivu čili dásně. Vnímavost každého jedince

k trvalé přítomnosti primárně nepatogenní orální mikrobioty, zejména bakterií, je velice rozdílná a podmíněná genetickou dispozicí, epigenetickými vlivy a životním stylem. Selže-li imunitní dozor nad nimi, vcelku neškodná plakem podmíněná gingivitida přechází v parodontitidu, jejímž terminálním stádiem je ztráta veškerých podpůrných tkání, zejména kosti zubního lůžka, a tedy i neodvratitelná ztráta zubu, někdy však i celého chrupu. Jedná se o typickou komplexní civilizační chorobu.

Kauzální léčba, jejímž základem je řádná ústní hygiena umožňující řádné instrumentální ošetření parodontu, dosahuje pozoruhodných výsledků. V parodontologii jsou dnes preferovány ošetrovací metody s minimální invazivitou, ale i operační regenerativní techniky, zejména řízená tkáňová regenerace (*Guided Tissue Regeneration*), umožňující jinak nedosažitelnou novotvorbu podpůrných tkání, zejména kosti. Ještě důležitější jsou však poznatky o provázanosti těchto nemocí s dalšími chorobami, jejichž stav se v přítomnosti zánětlivých parodontopatií zhoršuje. Jmenujme alespoň aterosklerotické změny cév, osteoporózu, diabetes mellitus, obezitu, ale také erektilní dysfunkci. Přechodná bakteriémie orálního původu, vznikající v souvislosti s minimální iritací zánětlivé změněné dásně i při běžných denních aktivitách, jako je čištění zubů a příjem potravy, může být příčinou endokarditidy a závažných infekcí umělých chlopní a cévních protéz.

Lze konstatovat, že parodontologie spojuje stomatologii s mnoha dalšími medicínskými obory, podobně jako **orální medicína**. Do diagnostiky a terapie chorob ústní sliznice, orálních projevů celkových chorob, nemocí čelistního kloubu a slinných žláz je průběžně zaváděna řada novinek. Diagnostická kritéria jsou nahrazována kritérii klasifikačními. Využívány jsou moderní laboratorní techniky k detekci všech typů infekčních agens, autoprotilátek cirkulujících i vázaných v tkáni, imunohistochemie pro bližší charakteristiku slizničních prekanceróz. K detekci artropatií se standardně používá magnetická rezonance. Do léčebného armamentaria přibyly monoklonální protilátky, intravenózní imunoglobuliny, selektivně působící imunosupresiva, nová antimykotika a virostatika.

Také **dentoalveolární chirurgie** se postupně transformuje v obor více spjatý s ostatními lékařskými disciplínami. Postupy při extrakcích zubů a obdobných „krvavých“ výkonech v dutině ústní (exstirpace cyst, amputace zubních kořenů aj.) jsou stále častěji modifikovány celkovým zdravotním stavem ošetrovaných jedinců a užívanými léky, z nichž jmenujme alespoň antikoagulanty a antiresorpční preparáty. Hitem současné dentoalveolární chirurgie je trojrozměrné zobrazování pomocí tzv. CBCT vyšetření (Cone Beam Computed Tomography).

Kam směřuje současná **ortodontie**? Je svébytným, specializovaným oborem, který již není výhradní doménou pacientů dětského věku. Léčit lze jedince téměř každého věku, samozřejmě dle typu ortodontické anomálie a zamýšleného cíle léčby. Standardem jsou dnes moderní fixní ortodontické aparátky z kovových i keramických materiálů, užití dentálních implantátů k jejich kotvení, kombinace s chirurgickými zákroky umožňujícími prořezání retinovaných zubů. Při závažných skeletálních anomáliích je ortodontická léčba přípravou na pozdější ortognátní operační zákrok. Počítačové programy umožňují simulaci změněné fyziognomie pacienta po takové terapii. Podobně se uplatňuje metoda konečných prvků.

Součástí moderní stomatologie je také **forenzní stomatologie**, která u nás dosud jako samostatný obor neexistuje. Blíže k ní má soudní lékařství. Podobně je na tom dosud **gerodontologie**. Péče o dentici jedinců vyšších věkových kategorií jeví řadu specifík, která jsou podmíněna jejich různými fyzickými a psychickými hendikepy. Velmi časté jsou orální projevy nežádoucích účinků užívaných léků. Nezmínit nelze léky indukovanou hyposálii s xerostomickými a dysfagickými obtížemi, antiresorpčními léky indukované nekrózy čelistních kostí, dysbiózu při užívání antibiotik s následnou orální kandidózou, angioedém při podávání ACE inhibitorů. Tyto stavy nelze mnohdy řešit bez spolupráce s ostatními lékaři.

Paradoxně až ke konci tohoto sdělení se zmiňujeme o **preventivní stomatologii**. Ta je založena již půlstoletí na klasických čtyřech pilířích, jimiž jsou řádná ústní hygiena, správné výživové zvyklosti, fluoridace a eliminace abusu tabáku. Jsou to opatření obecně známá, v dnešní době snadno proveditelná a dobře dostupná, finančně nenáročná a velice efektivní, neboť znamenitě brání vzniku zamezitelných, preventabilních škod, jimiž rozumíme zejména zubní kaz a jeho důsledky a plakem podmíněné zánětlivé choroby parodontu. V neposlední řadě brání též rozvoji závažných onkologických chorob a jejich slizničních prekursorů.

Moderní stomatologie se do značné míry oprostila od zažitých ošetrovacích postupů a vnitřně se výrazně diferencuje. Současně diverguje i konverguje ve vztahu k ostatním lékařským oborům. Nevíme dosud, co s ní „provede“ umělá inteligence. Je nezbytné nutně akcentovat relativně levné a snadno proveditelné preventivní postupy oproti ekonomicky nepoměrně nákladnějším kurativním zákrokům. Zub není involujícím orgánem. Průsečíkem a syntézou progresu v oboru musí být prvoliniové praxe praktického zubního lékaře a ortodontisty, na nichž je, jak se postaví k novinkám, které se jim k jejich práci nabízejí. ■

MUŽSKÝ HYPOGONADISMUS

MUDr. Jiří Kladenský

autor pracuje na pozici odborného lékaře v Urointegritas s.r.o., Brno

✉ jiri.kladensky@gmail.com



MUDr. Jiří Kladenský vystudoval Lékařskou fakultu Masarykovy univerzity v Brně, obor Všeobecné lékařství. V roce 1984 složil atestaci z urologie I. stupně a dále v roce 1988 atestaci z urologie II. stupně. V letech 1980–2001 pracoval na Urologické klinice Fakultní nemocnice v Brně, kde od roku 1989 působil na pozici primáře. Je členem České urologické společnosti, České společnosti pro sexuální medicínu a České lékařské společnosti J. E. Purkyně. V současnosti působí i jako soudní znalec v oboru urologie a externí poradce SÚKL. Je autorem či spoluautorem 46 publikací, recenzentem 1 knižní publikace a řady publikací v odborných časopisech. Profiloval se jako odborník v oblastech zahrnujících infekce močových cest, urolitiázu a andrologii.

Mužské pohlavní hormony (androgeny) hrají zásadní roli při vývoji a udržování mužských reprodukčních a sexuálních funkcí. Dále jsou důležité pro utváření kostní a svalové hmoty, erytropoézu, ale také pro kognitivní funkce. Nejdůležitějším zástupcem androgenů je testosteron. Přibližně 95 % testosteronu je produkováno ve varlatech, zbývající část je tvořena v kůře nadledvin.

PRODUKCE A ÚČINKY TESTOSTERONU

Centrálně je produkce testosteronu řízena z hypotalamu sekrecí hormonu GnRH (gonadotropin-releasing hormone), kterému dále podléhá luteinizační hormon (LH) adenohipofýzy. Ten pak stimuluje sekreci testosteronu Leydigovými buňkami ve varlatech.

Hypogonadismus je výsledkem poruchy vývoje či funkce varlat nebo je způsoben poruchou na úrovni osy hypotalamus – hypofýza – varle.

Z andrologického hlediska spočívají hlavní účinky testosteronu v zajištění mužské pohlavní diferenciaci, spermatogeneze, funkce genitálií, činnosti prostaty a vývoje sekundárních pohlavních znaků. Testosteron také ovlivňuje sexuální chování, libido a potenci, v centrálním nervovém systému stimuluje přirozenou agresivitu v chování, dále má stimulační vliv na krvetvorbu, stimuluje zadržování elektrolytů a vody, ovlivňuje distribuci tělesného tuku, působí anabolicky podporou růstu svalové hmoty a mineralizace kostí.

Denní sekrece testosteronu bývá udávána v širokém rozmezí, konkrétně 5 až 10 mg/den. Nadledviny svou produkcí toto množství zvyšují cca o 5 %. V dospělosti se u mužů pohybují hodnoty testosteronu v séru v poměrně širokém rozmezí 8 až 30 nmol/l.

PRIMÁRNÍ A SEKUNDÁRNÍ HYPOGONADISMUS

Mužský hypogonadismus, tedy nedostatek testosteronu (male testosterone deficiency – TD), dělíme podle základní příčiny jeho vzniku na **primární a sekundární hypogonadismus**. Příčinou primárního hypogonadismu je nedostatečná tvorba testosteronu ve varlatech (testikulární dysfunkce), příčinou sekundárního hypogonadismu jsou poruchy v oblasti funkce hypotalamu nebo hypofýzy. Vyšetření hladiny testosteronu, luteinizačního hormonu (LH), folikulostimulačního hormonu (FSH) a eventuálně stimulační test hCG (human choriogonadotropin) umožní odlišit primární a sekundární formy hypogonadismu. V případě primárního hypogonadismu jsou nízké hodnoty testosteronu, avšak vysoké hladiny LH a negativní stimulační test hCG.

Po 35. roce života dochází k postupnému fyziologickému snižování testikulární tvorby testosteronu. Tento pokles je velmi pozvolný, hladiny celkového i volného testosteronu klesají cca o 1 % ročně.

Prevalence hypogonadismu se zvyšuje s věkem. Hlavními příznaky jsou centrální obezita a další přidružená onemocnění (diabetes, metabolický syndrom, kardiovaskulární a onkologická onemocnění, onemocnění ledvin). Nedostatek testosteronu je běžný u obézních mužů a je spojen se zmnožením viscerálního tuku, což vede k ukládání lipidů v cévách, svalch a játrech a k rozvoji aterosklerózy. Vzhledem k endoteliálním změnám i v oblasti toporivých těles se udává, že až 30 % mužů s erektilní dysfunkcí má koexistující hypogonadismus.

PŘÍZNAKY HYPOGONADISMU

Pokud bychom shrnuli příznaky spojené s mužským hypogonadismem, v oblasti sexuální se projevuje snížením libida, erektilní dysfunkcí, snížením počtu ranních spontánních erekcí a sníženou frekvencí pohlavních styků. V oblasti somato-fyzikální pozorujeme u postižených mužů sníženou výdrž při fyzické aktivitě, zhoršenou pohyblivost, pocit snížené energie, mohou být přítomny i návaly horka. V oblasti psychosomatické se setkáváme se zhoršením a výkyvy nálad, poruchami koncentrace a paměti a také s poruchami spánku. Byl také prokázán vztah mezi nízkou hladinou testosteronu a zvýšenou kardiovaskulární morbiditou. Dalším závažným důsledkem nedostatku testosteronu je osteoporóza. Výše uvedené příznaky a potíže se pochopitelně neprojevují u všech hypogonadálních mužů, a rovněž kolísá jejich intenzita a frekvence.

Nutno mít na paměti, že subjektivně prožívané příznaky u hypogonadismu nejsou specifické (zvýšená únava, ztráta energie, snížení svalové síly,

poruchy paměti), a proto je vždy důležité důsledně došetřit tyto nespecifické příznaky, neboť se mohou vyskytovat jako první u celé řady dosud nepoznaných závažných celkových onemocnění (kardiální dekompenzace, renální insuficience, malignity, hypotyreóza, infekce HIV apod.). Pozornost je také potřeba věnovat lékům, které snižují libido nebo zvyšují prolaktin a mohou vést k nedostatku testosteronu. Patří mezi ně neuroleptika, antiemetika, estrogeny, opiáty, antiandrogeny, betablokátory, antidepressiva a kortikosteroidy.

LABORATORNÍ A KLINICKÉ VYŠETŘENÍ

K základním laboratorním vyšetřením při diagnostice hypogonadismu patří stanovení sérových hladin celkového a volného testosteronu, LH, FSH a prolaktinu, dále stanovení hladiny PSA (prostatický specifický antigen), glykémie, cholesterolu, kreatininu a lipidového spektra. Hladina celkového testosteronu v séru by neměla být nižší než 12 nmol/l a volného testosteronu nižší než 0,225 nmol/l.

Klinické vyšetření zahrnuje vyšetření zevního genitálu, zejména velikost a konzistenci varlat a penisu, per rectum vyšetření prostaty, zhodnocení celkové androgenizace – výskyt a intenzitu ochlupení, kvalitu kůže, obvod pasu a celkové tělesné proporce.

LÉČBA HYPOGONADISMU

Specifická léčba by měla být doporučena výhradně mužům, kteří mají klinické příznaky hypogonadismu a kteří mají opakovaně potvrzenou nízkou hladinu testosteronu.

K dispozici jsou přípravky s testosteronem ve formě injekcí, transdermálního gelu nebo tablet.

Z injekčních přípravků máme k dispozici:

1. krátkodobě působící preparáty (Sustanon), které se aplikují 1x za 3 týdny,
2. dlouhodobě působící přípravky (Nebido), které se aplikují 1x za 10 až 14 týdnů.

Transdermální přípravky jsou dostupné ve formě gelu a aplikují se na kůži (oblast paže, ramene či předloktí). Denní dávku gelu musí určit lékař a dávkování posléze upravuje dle výsledků laboratorních hodnot testosteronu. Preparáty pro transdermální podání aktuálně dostupné v ČR jsou Androgel a Testavan.

Pokud jde o tabletovou formu substituce, ta je ve formě testosteron-undekanoátu (Undestor tbl.). Užívá se jedna tableta 3 až 4× denně a další dávkování se opět upravuje dle kontrolních hodnot testosteronu v séru. V současné době není tabletová forma pro substituční léčbu hypogonadismu v ČR k dispozici.

Substituční léčba testosteronem je absolutně kontraindikována u mužů s aktivním karcinomem prostaty, karcinomem prsu a u mužů se sekundárním hypogonadismem a plánovanou fertilitou. Kontraindikací je také hematokrit nad 54 %, relativní kontraindikací je anamnéza žilního tromboembolismu, chronické srdeční selhání, tumory jater a prolaktinom.

Pokud jde o tolik diskutovanou otázku stran substituční terapie a karcinomu prostaty, lze uvést, že ačkoli karcinom prostaty má prokázanou androgenní závislost, opakovaně a v mnoha studiích nebyla substituce testosteronem nikdy potvrzena jako příčina vzniku karcinomu prostaty. Přesto je známa skutečnost, že u mužů s nižší hladinou testosteronu je nižší výskyt karcinomu prostaty. Riziko podání androgenu u nedetekovaného karcinomu prostaty má snížit důkladné vstupní vyšetření, zejména vyšetření PSA v krvi a vyšetření per rectum, a jejich pravidelné opakování v průběhu léčby.

ZÁVĚR

Závěrem je možno uvést, že léčba testosteronem může výrazně zlepšit kvalitu života i metabolické parametry u mužů s nízkými hladinami testosteronu a příznaky hypogonadismu. Před zahájením léčby je vždy nezbytné identifikovat možné příčiny hypogonadismu a dle možností je upravit. Správně vedená léčba testosteronem je bezpečná a spojená s minimem nežádoucích účinků. Před zahájením léčby musí být vždy provedeno důkladné vyšetření hypogonadálního muže (zejména pro vyloučení současně probíhající latentní formy karcinomu prostaty), důležitý je také správný výběr vhodné léčkové formy pro substituci testosteronu. Dobře indikovanou a vedenou substituční léčbou můžeme významně zlepšit kvalitu života těchto mužů, zpomalit proces stárnutí a prodloužit jejich kvalitní aktivní život. ■

O OČI JE TŘEBA PEČOVAT JIŽ OD NAROZENÍ

MUDr. Eva Jerhotová, Ph.D.

autorka pracuje v Dětském očním centru Kukátko na pozici vedoucí lékařky

✉ konzultace@detskeoci.cz



MUDr. Eva Jerhotová, Ph.D., vystudovala 1. lékařskou fakultu Univerzity Karlovy. V roce 1999 složila atestaci z oftalmologie. Působí také na Oční klinice NeoVize. Je členkou České oftalmologické společnosti, České společnosti dětské oftalmologie a strabologie a České společnosti refrakční a kataraktové chirurgie.

A si nikdo z nás si neumí představit, že by přišel o vidění na jedno oko. Přesto právě to můžeme způsobit svým dětem, pokud zanedbáme preventivní péči o jejich oči v útlém dětství.

CO SE DĚJE S NOVOROZENCI?

Česká republika má jako jedna z mála zemí velmi dobře fungující screeningové vyšetření zraku hned v porodnici. Lékaři zde každé narozené miminko testují na tzv. novorozeneckou kataraktu, tedy šedý zákal, se kterým děťátko už přichází na svět. Pokud je šedý zákal odhalen, nastupuje léčba operací. Po operaci je nutné u miminka zahájit konzervativní léčbu, která spočívá v nošení speciální kontaktní čočky a zalepování zdravého oka po dobu 3 až 4 hodin denně s pravidelným sledováním vývoje vidění u očního lékaře každé 3 měsíce.

ČASTÉ TRÁPENÍ U MIMINEK

I úplně malá miminka může potkat trápení s očima. Ucpané slzné kanálky se u malých dětí objevují velmi často a bez správné léčby se problém často vrací. Ideální je tedy začít ho řešit hned, jakmile se objeví. Pokud děťátku ještě nejsou ani dva měsíce, situace se většinou řeší konzervativně – masáží slzného vaku. Tato masáž, prováděná pomocí prstu tlačícího na bod u kořene nosu, by měla urychlit zprůchodnění slzovodu a vyřešit problém až u 80 % dětí v této věkové kategorii. Naše pracoviště připravilo pro

rodiče instruktážní video, jak správně při masáži postupovat, naleznou ho snadno na internetu. Pokud masáž nepomůže, můžeme přistoupit k průplachu nosního slzovodu a sondáží slzných cest.

Základ je poměrně rychlý a provádí se bez narkózy. Nejprve se přistoupí k průplachu slzovodu skrz slzný kanálek. Miminko je při průplachu zabaleno v měkké dece nebo v prostěradle, aby rozhazováním ruček neznemožnilo provedení zákroku. Proto při tomto zákroku často pláčou, podobně jako když je maminka obléká a ono nechce, vlastní zákrok je ale nebolestivý. Maminky často chtějí s miminkem při průplachu zůstat, je to ale zbytečné trauma pro ně i pro lékaře provádějícího zákrok. Navíc nikdo z personálu nemá při

výkonu prostor se o maminku případně postarat, kdyby se jí z toho stresu udělalo zle.

BATOLATA A JEJICH ZRAK

Pravidelná vyšetření zraku by měla probíhat u praktického lékaře pro děti a dorost při každé preventivní prohlídce. Pokud se zrak nevyvíjí, jak má, například dítěti i po půl roce stále „ujíždí“ očko, nebo pokud mají rodiče dioptrickou vadu, trpí tupozrakostí, šilháním nebo se s těmito vadami léčili v dětství, měl by lékař dítě odeslat na screening zraku ke specialistovi. Rodiče ale nemusí na doporučení čekat,

mohou dítě objednat i sami. Měli by si všimnout, jak dítě reaguje, zda při pozorování předmětu nenaklání hlavičku, nedívá se na hračky jen jedním okem, nepřivírá jedno oko a podobně. Na oční vadu může upozornit i to, že dítě unavuje kreslení, prohlížení obrázků a jakákoli práce nablízko.

Pokud takové chování zaregistrujete a máte podezření na poruchu vidění, navštivte vždy raději lékaře. Screening pojišťovny nehradí, ale zpravidla stojí kolem 300 Kč a je to nejrychlejší metoda, jak u dětí do 3 let ověřit, zda je zrak v pořádku. Některé pojišťovny na něj přispívají



z preventivních programů. Při screeningu se využívá oční kamera PlusOptix nebo 2Win, která na vzdálenost cca 1 metru změří dioptrie. Výhodou měření oční kamerou je, že jde o vyšetření velmi rychlé a bezkontaktní. Na našem pracovišti je měření PlusOptixem doplněno o další vyšetření uzpůsobená věku dítěte, jako je zakrývací test nebo vyšetření souhybu očí. Pokud však toto měření odhalí jakoukoli odchylku, je třeba dítě nechat komplexně vyšetřit oftalmologem, včetně rozkapání a vyšetření očního pozadí.

Vyšetření dětí do 3 let je plně přizpůsobeno jejich věku. Pokud se oční vada podaří odhalit do tří let, existuje vysoká šance na její úspěšné řešení bez jakýchkoli budoucích následků. U očních vad platí: čím dříve se začne s léčbou a čím důslednější je, tím větší má dítě šanci na dobrý výsledek.

PREVENCE JAKO ZÁKLAD ÚSPĚCHU

„Velké“ vyšetření zraku probíhá u pediatra ve věku 3 a 5 let. Děti čtou obrázky z tzv. optotypů, přiřazují k sobě barvy nebo je pojmenovávají, lékař sleduje pohyby očí za předmětem apod. Pokud při prohlídce dítě nespolupracuje nebo nejsou výsledky takové, jaké by být měly, odesílá ho na vyšetření ke specialistovi. V tomto věku by to už měl být dětský oční lékař, který provede komplexní oční vyšetření včetně tzv. rozkapání. Rozkapání očí je u dětí základním předpokladem pro zjištění dioptrické vady. Malé děti mají velmi vysokou schopnost zaostřovat, takže i dítě, které má po rozkapání např. 5 dioptrií, vidí bez problémů na obloze letadlo nebo mravence, jak běhá u vás doma po kuchyni. Dospělý člověk by s 5 dioptriemi nebyl schopen vidět ani na palce u nohou. Schopnost zaostřovat (akomodaci) je třeba krátkodobě vyřadit kapkami, aby bylo možné změřit skutečnou dioptrickou vadu.



Pokud se tedy kdekoli setkáte s tím, že jsou vašemu dítěti předepsány první brýle bez rozkapání, objednejte se raději na specializované pracoviště ke komplexnímu vyšetření.

K nejčastějším očním vadám u dětí patří krátkozrakost, dalekozrakost, astigmatismus, tupozrakost a šilhání.

Tupozrakost představuje závažnou oční vadu, která se ale v raném dětství dá úspěšně léčit. V mozku se vždy spojují obrazy z obou očí, a pokud je obraz z jednoho oka neostrý či jinak poškozený, mozek slabší oko „vypne“. Dítě pak oko nepoužívá a rozvoj zrakových funkcí oka se zastaví. Tupozraké oko ztratí schopnost ostrého vidění a při silné tupozrakosti je takřka slepé. Důležité je tupozrakost rozpoznat včas, v pozdějším věku se vada velmi těžko napravuje a mnohdy vidění už nelze nijak zlepšit. Šilhání je většinou na první pohled patrné, nejedná se však jen o estetický problém. Šilhání bývá spojeno s refrakční vadou a tupozrakostí, proto čím dříve se zahájí léčba, tím je šance na úplné vyléčení větší.

OČNÍ CVIČENÍ

Odhalí-li oční vyšetření dioptrickou vadu, je třeba nasadit vhodnou brýlovou korekci, případně začít se zalepováním lépe vidoucího oka (okluzí) a očním cvičením, pokud dítěti hrozí šilhání nebo rozvoj tupozrakosti. Brýle se nasazují již velmi malým dětem – jsou s měkkými nožičkami, ohebné

a děti si na ně rychle zvykají. Platí ale zásadní pravidlo – dítě potřebuje podporu svých rodičů. Jak nošení brýlí, tak i případná okluzie jsou pro dítě něčím novým a zpočátku je to nevídaná novinka. Doporučujeme rodičům, aby sami nosili brýle, třeba sluneční nebo různé „legrační“ obroučky,

pak dříve unavené, stěžují si na bolest hlavy, doma jim nezbývá energie na psaní domácích úkolů. Opakovaně se setkáváme s prvňáčky, kteří k nám přišli na vyšetření s doporučením z pedagogicko-psychologické poradny, kam byli odesláni ze školy. Ve škole jejich výsledky, ale i další projevy „neodpovídaly očekáváníí“ a u nás zjistíme, že dítě „pouze“ nevidí. V tomto věku je však na léčení tupozrakosti či šilhání již za pět minut dvanáct. Nejlepších výsledků dosahujeme při zahájení léčby ve věku 3 až 4 let, s přibývajícím časem šance na léčebný úspěch klesají a po osmém roce už mizí takřka úplně. ■



K nejčastějším očním vadám u dětí patří krátkozrakost, dalekozrakost, astigmatismus, tupozrakost a šilhání.

které lze koupit v hračkářství. Pokud je třeba dítěti lepit očko, může pomoci hra na piráty, výpravy za pokladem, zalepování oka i sobě, jeho oblíbenému plyšákovu atd. Vždy záleží na rodičích – nebudou-li brýle nebo okluzor sami vnímat jako problém, dítě si zvykne mnohem snáz.

VE ŠKOLE UŽ MŮŽE BÝT POZDĚ

Škola je prubířským kamenem nejen dětí, ale i rodičů. Pokud dítě nastupuje do školy s neodhalenou dioptrickou vadou či dokonce s neléčeným šilháním či tupozrakostí, je zatíženo zásadním hendikepem. Děti s oční vadou se musí soustředit nejen na to, aby zvládly učení, ale musí vynakládat spoustu energie i na to, aby vůbec viděly, co se kolem nich děje. Často jsou



HOMEOPATICKÁ PODPORA PŘI KAŠLI, BRONCHIÁLNÍM ASTMATU A DUŠNOSTI

MUDr. Eliška Bartlová

autorka pracuje na pozici lékařky v Homeopatické poradně Brno

✉ elba@volny.cz



MUDr. Eliška Bartlová vystudovala Masarykovu univerzitu v Brně /UJEP/, obor Zubní lékařství. V roce 1985 složila atestaci I. stupně ze stomatologie, dále v roce 1996 nadstavbovou atestaci z veřejného zdravotnictví. Dříve pracovala ve Státním zdravotním ústavu se sídlem v Brně jako vedoucí lékařka oddělení. Je členkou Homeopatické lékařské asociace. V roce 2020 vyšla v nakladatelství Grada její publikace Homeopatie pro seniory, jejíž spoluautorkou je PhDr. Radana Poděbradská, Ph.D.

Kašel jako obranný mechanismus patří mezi nejčastější symptomy onemocnění dýchacího ústrojí různé etiologie a setkávají se s ním lékaři různých odborností. Akutní kašel (trvající méně než 3 týdny) je jedním z nejčastějších příznaků, které při zánětech horních dýchacích cest přivádějí nemocné k lékařům, a jeho nejčastější příčinou je virový infekční zánět horních dýchacích cest. Bývá doprovázen teplotou, výtokem z nosu, kýchním i bolestmi v krku. Chronický kašel se nejčastěji vyskytuje u bronchiálního astmatu, gastroezofageální refluxní choroby, rinitidy, sinusitidy a při postnasal drip syndromu, tzv. zadní rýmě.

Pro výběr léku budou důležité anamnestické údaje a doprovodné příznaky. Významný je také typ teploty, charakter kašle (produktivní či neproduktivní), přítomnost nadměrného pocení, chraptot, případně bolesti hlavy a únavy. Závažné jsou pak pocity dušnosti, oprese na hrudníku nebo pískání na plicích. Po zhodnocení dostupných informací vybíráme účinný homeopatický lék.

SUCHÝ KAŠEL

Aconitum napellus

Homeopatický lék Aconitum napellus můžete doporučit, pokud vznikl kašel náhle jako reakce na prochlazení. Stav je často doprovázen vyšší horečkou bez pocení. Kašel je suchý, krupózní, chraptavý, s pocity pálení a nočním zhoršením. Stav často doprovází agitovanost a úzkost.

Drosera

Jedná se o lék na záchvatovitý suchý, laryngální kašel s nočním zhoršením a zhoršením při mluvení, doprovázený lechtáním v hrdle. Záchvatovitý kašel se zpravidla dostaví, sotva si nemocný lehne. Kašel je tak intenzivní, že nemocný nemůže mezi jednotlivými záchvaty popadnout dech, může být i neklidný a opocení studeným potem. Záchvaty intenzivního kašle mohou vést až ke zvracení. Lék je součástí osvědčeného polykomponentního léku na suchý kašel DROSETUX NEO.

Sticta pulmonaria

Tento lék je určen na suchý, kontinuální kašel, doprovázený obstrukcí nosu s velkou potřebou smrkat, což je ale právě kvůli nosní obstrukci

nemožné. Kašel bývá i v noci a je velmi unavující. Tento typ kašle může doprovázet frontální sinusitida s pocitem tlaku a bolesti v oblasti kořene nosu.

Corallium rubrum

Corallium rubrum velmi dobře působí na prudký kašel doprovázený lechtáním v hrdle, je to osvědčený lék na tzv. zadní rýmu. Ke zhoršení potíží dochází v noci a vleže.

Bryonia alba

Jedná se o lék na kašel, který je bolestivý a nutí nemocného k nehybnosti, protože jakýkoli pohyb, i ten nejmenší, mu přitíží. Výrazný je pocit žízně a suchých sliznic, ke zhoršení dochází teplem.

Spongia tosta

Tento homeopatický lék se osvědčil při léčbě suchého, dráždivého, štekavého kašle, dopro-

váženého chrapotem, který zní jako řezání pily. Spolu s lékem Aconitum napellus může odvrátit i záchvat akutní laryngitidy.

průdušky mají typický poslechový nález chropů a pískotů. Nahromaděný hlen vede až k dávení s možným zvracením, přičemž jazyk zůstává čistý, bez povlaku. Ke zlepšení dochází na čerstvém vzduchu.

”

Pro výběr léku budou důležité anamnestické údaje a doprovodné příznaky.

VLHKÝ, PRODUKTIVNÍ KAŠEL

Ipeca (Ipecacuanha)

Tento homeopatický lék se používá při léčbě spastického dávivého kašle s dušením, který může být projevem akutního zánětu průdušek, astmatu nebo černého kašle. Kašel je stálý, produktivní, s velkou expektorací. Zahleněné

Coccus cacti

Typickými příznaky tohoto léku jsou výrazné pocity šimrání v hrtanu a laryngotracheitida s produktivním nebo suchým kašlem. Nemocný vykašlává bílý, ulpívající a táhnoucí se hlen. Ke zhoršení dochází při probuzení, zatímco chladná voda a čerstvý vzduch přinášejí úlevu.

Rumex crispus

U tohoto léku je naopak výrazné zhoršení chladným vzduchem, bývá výraznější poslechový nález se suchým záchvatovitým kašlem. Výrazné je také svědění v suprasternální jamce.

Antimonium tartaricum

Jedná se o lék vhodný pro velmi vyčerpané nemocné, kteří mají nahromaděné velké množství hlenu v průduškách. Lék ulehčuje odkašlání jinak obtížně vykašlatelného hlenu. Bývá i výrazný poslechový nález (vlhké chropy), bledost, slabost, pocení, ke zlepšení dochází v sedě, ke zhoršení přispívá teplo.

Blatta orientalis

Je to úlevný lék u chronického kašle z různých příčin, zejména u bronchitid, ale i v situaci, kdy je diagnostikováno bronchiální astma. Kašel je vlhký, expektorace obtížná, s klinickým nálezem charakteru pískotů. Zhoršení kašle je výrazné při námaze. Vedoucím pocitem jsou oprese na hrudníku a je přítomná i alergická složka. V kombinaci Blatta - Ipeca pak doléčuje chronický kašel u astmatiků.





INZERCE ▼

Kalium bichromicum

Jedná se o lék na rozvinuté stádium onemocnění dýchacích cest. Vlhký kašel je doprovázen purulentní rýmou s hustou, hlenovitou expektorací. Zhoršení nastává před spaním a při probuzení.

V posledním období jsme zaznamenali zvýšený výskyt respiračních onemocnění typu černý kašel anebo viróz podobných černému kašli. Kašel bývá velmi obtěžující a vysilující, často nereagující na klasickou léčbu. Pak lze doporučit tuto kombinaci homeopatických léků, a to i na doléčení černého kašle: Ipeca 15 C + Drosera 30 C v dávce 5 granulí 4x až 5x denně.

Cuprum metallicum

Může být pomocným lékem u astmatických záchvatů či u černého kašle, kdy má nemocný dlouhé záchvaty křečovitého kašle, které vedou až ke zblednutí a dušnosti. Charakteristické je zlepšení potíží napitím doušku studené vody.

Vybraný lék použijeme v ředění 9 až 15 C, užívat 2x až 4x denně (dle intenzity příznaků), vždy 5 granulí k rozpouštění v ústech mimo jídlo. Malým dětem lze rozpustit granule léku (10 granulí na den) v malém množství neperlivé vody a podávat frekvenčně na sliznici dutiny ústní. ■

BOIRON®

ŠETRNÁ PÉČE
PRO NAŠE MALÉ
SUPERHRDINY



Zkrácená informace o léčivých přípravcích dle SmPC:

Název přípravku: COLENTAL perorální roztok v jednodávkovém obalu. Léčivé látky: jedna dávka (1 ml) obsahuje: Carbo vegetabilis 5 CH 333,3 mg, Colocynthis 9 CH 333,3 mg, Cuprum metallicum 5 CH 333,3 mg. Indikace: Homeopatický léčivý přípravek užívaný tradičně v homeopatii k léčbě kojenecké koliky u novorozenců a kojenců, která se projevuje např. bolestí břicha, flatulencí a neklidem. Dávkování: Děti od narození: Před každým krmením podat dítěti jednu dávku do úst nebo ji nakapat do kojenecké lahve. Denní dávka nemá přesáhnout 6 dávek během 24 hodin. Intervaly mezi dávkami prodlužovat v závislosti na zlepšení. Perorální podání. Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivé látky tohoto přípravku. Zvláštní upozornění: Tento roztok je určený pouze k perorálnímu podání. Nesmí se aplikovat do nosu, očí nebo uší. Nesmí se podávat injekčně. V případě neútlumivého pláče trvajícího déle než 2 hodiny, zvracení, přítomnosti krve ve stolici, výskytu podlitin, horečky a příznaků přetrvávajících po dobu 48 hodin je vždy nutné konzultovat zdravotní stav dítěte s lékařem. Interakce: Žádné se neočekávají. Nežádoucí účinky: Žádné se neočekávají. Zvláštní opatření pro uchovávání: Před otevřením sáčku: léčivý přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání. Po otevření sáčku: neotevřené jednodávkové obaly uchovávejte při teplotě do 25 °C v sáčku, aby byl přípravek chráněn před světlem. Držitel rozhodnutí o registraci: BOIRON, 2 avenue de l'Ouest Lyonnais, 69510 Messimy, Francie. Registrační číslo: 93/436/20-C. Datum první registrace a revize textu: 15. 8. 2023. Přípravek je volně prodejný a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Název přípravku: CORYZALIA PRO DĚTI perorální roztok v jednodávkovém obalu. Léčivé látky: jedna dávka (1 ml) obsahuje: Allium cepa 3 CH 200 mg, Belladonna 3 CH 200 mg, Gelsemium 3 CH 200 mg, Kalium bichromicum 3 CH 200 mg, Sabadilla 3 CH 200 mg. Indikace: Homeopatický léčivý přípravek užívaný tradičně v homeopatii k léčbě rinity a nachlazení, které se projevují např. nosní sekrecí, kýcháním, pocitem ucpaného nosu a slzením. Přípravek je určen pro děti od narození do 12 let. Dávkování: Děti od narození: Jednu dávku aplikovat do úst 3-6x denně, nejlépe mimo dobu jídla. Interval prodlužovat v závislosti na zlepšení. Celková denní dávka nemá překročit 6 dávek. Léčba má být ukončena, jakmile příznaky nemoci vymizí. Doporučená délka léčby je 7 dní. Pokud se do 3 dnů příznaky nezlepší nebo dojde ke zhoršení, má být léčba konzultována s lékařem. Perorální podání. Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivé látky tohoto přípravku. Zvláštní upozornění: Tento roztok je určený pouze k perorálnímu podání. Nesmí se aplikovat do nosu, očí nebo uší. Nesmí se podávat injekčně. V případě horečky musí být zdravotní stav vždy konzultován s lékařem nebo lékárníkem. Interakce: Žádné se neočekávají. Nežádoucí účinky: Žádné se neočekávají. Zvláštní opatření pro uchovávání: Před otevřením sáčku: léčivý přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání. Po otevření sáčku: neotevřené jednodávkové obaly uchovávejte při teplotě do 25 °C v sáčku, aby byl přípravek chráněn před světlem. Držitel rozhodnutí o registraci: BOIRON, 2 avenue de l'Ouest Lyonnais, 69510 Messimy, Francie. Registrační číslo: 93/122/20-C. Datum první registrace a revize textu: 22. 8. 2023. Přípravek je volně prodejný a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

ZEVNÍ KRVÁCENÍ

Operační středisko jihomoravské záchranky vysílá k muži středního věku, žijícímu na Brněnsku, lékařský tým i záchranářskou posádku. Při chemickém pokusu utrpěl četné hluboké rány způsobené střepy po celém těle. Zdravotníci zastavili krvácení za pomoci tzv. izraelského obvazu, poskytli kyslíkovou terapii a pacienta zaléčili. Následně byl muž převezen k další péči do nemocnice.

CO OZNAČUJEME ZA ZEVNÍ KRVÁCENÍ?

Zevní krvácení se projevuje únikem krve z těla ven. Nejčastěji je způsobeno porušením či poraněním kůže a hlubších struktur (podkoží, svalů), ale patří sem i krvácení z tělních otvorů navenek – krvácení z nosu (epistaxe), úst, kašláním krve (hemoptýza), zvracení krve (hemateméza), krvácení z močových cest (hematurie), krvácení z konečníku (enteroragie), krvácení z dělohy v závislosti i nezávisle na menstruačním cyklu.

V tomto článku se budeme dále zabývat zevním krvácením, které je způsobeno porušením kožního krytu a hlubších struktur pod kůží (podkoží, svalů, popř. kostí).

PŘÍČINY VZNIKU A TYPY ZEVNÍHO KRVÁCENÍ

Dle příčiny rozdělujeme zevní krvácení na:

- úrazová – řezná, sečná, tržná či tržně-zhmožděná, bodná a střelná poranění,
- neúrazová – např. z kožních vředů, varixů (křečových žil), bez předchozího poranění.

Typy zevního krvácení dle poranění cévních struktur:

- kapilární (vlásečnicové) – povrchové, malé intenzity, krev vytéká pomalu a bývá jasně červená, tendence ke spontánnímu stavění,
- žilní (venózní) – krev vytéká plynule, není pod tlakem a je tmavě červená,
- tepenné (arteriální) – krev vystřikuje v rytmu srdečního tepu (pulzu), je jasně červená,
- smíšené.

Dle intenzity dělíme zevní krvácení na:

- malého rozsahu – kapilární a žilní krvácení z malých žil,
- velkého rozsahu (tzv. masivní zevní krvácení) – poranění velkých žil a tepenné krvácení.



Jak se zachovat při zevním krvácení a jak rozpoznat známky masivního zevního krvácení?

U krvácení malého rozsahu obvykle stačí přiložit na ránu čistý obvaz nebo náplast se savým polštářkem a působit tlakem přes obvaz/náplast na ránu po dobu 3 až 5 minut. Následně zkontrolujte krytí, nesundávejte ho a pohledem zjistíte, zda nedochází k dalšímu prosakování krve. Pokud ano, tlak opakujte. V těchto případech si lidé obvykle poradí sami, a není třeba volat linku 155.

KRVÁCENÍ VELKÉHO ROZSAHU

V případě zevního krvácení velkého rozsahu je naopak volání na linku 155 na místě. Přítomnost louže krve ovšem nemusí vždy být známkou velkého krvácení. Když doma rozlijete 100 ml čisté vody na podlahu, také se vytvoří louže, přitom 100 ml není velký objem ani velká ztráta krve.

Avšak v případě, že se v louži tvoří krevní sraženiny (koagula), je krvácení považováno za významné. Sraženina velikosti dospělé pěsti odpovídá odhadem krevní ztrátě 500 ml. Proto pokud se jedná o tepenné stříkající krvácení nebo se v louži krve tvoří sraženiny, neváhejte a kromě poskytování první pomoci volejte linku 155.

První pomoc u krvácení velkého rozsahu:

- Chraňte sebe použitím rukavic,

obzvlášť u osob, které neznáte.

- Poraněnou osobu položte na zem.
- Jednou, popř. oběma rukama přes sebe proveďte přímý silný zevní tlak krvácející rány proti kosti, popř. zemi. Tlak je dostatečný, pokud uvidíte, že krev vám pod rukama dále nevytéká, popř. vytéká minimálně oproti předchozímu stavu.
- Volejte linku 155 a tlak nepolevujte do příjezdu záchranné služby.
- Pokud máte k dispozici, tak použijte tlakový obvaz, i přes něj však pokračujte v tlaku na ránu do příjezdu záchranné služby.

Elevace končetiny nad úroveň srdce již není doporučována, neumožňuje dostatečný tlak na ránu proti kosti nebo zemi. Do příjezdu záchranné služby nepolevujte v přímém tlaku na ránu a sledujte stav poraněného – vědomí a dýchání. Operátorka na lince 155 vám ve všem poradí.

Jaké pomůcky má záchranná služba k zastavě masivního krvácení?

- Tlakový obvaz – většinou používáme při silném žilním krvácení, jeho funkčnost posílíme přiložením druhé ruličky obvazu nad savý čtverec, obvážeme a tím zvýšíme intenzitu tlaku na ránu.
- Turnikety – umožňují zastavit masivní tepenné i smíšené (tepenné a žilní) krvácení na končetinách, jejich aplikace

je časově omezená. Nejčastěji se používají při ztrátovém či částečně ztrátovém poranění na končetinách.

- Izraelský obvaz – je to speciální tlakový obvaz, který lze dobře použít i při poranění velké plochy, kombinuje prvky tlakového obvazu a dle intenzity utažení i turniketu. Je velmi vhodný při poranění větší plochy v oblasti hlavy, břicha, ale i v třísele a v podpaží (kam nelze umístit turniket).
- Celox – speciální obvaz, který v sobě obsahuje prášek stavící masivní zevní krvácení (hemostatikum), používá se nejčastěji při střelných, bodných a sečných poraněních. Používá se zejména v oblastech krku, podpaží, třísel či hrudníku, kde jiné pomůcky nelze efektivně použít. Často se jeho použití kombinuje společně s Izraelským obvazem.

ZÁVĚR

Akutní úrazové zevní krvácení často patří k výjezdům záchranné služby. Při poskytování první pomoci chraňte sebe, ale nebojte se pomoci. Malé krvácení ošetříte běžně dostupným materiálem – náplastí, obvazem, čistou suchou utěrkou či ručníkem. U velkého zevního krvácení nezmatkujte. Pamatujte, že přímý tlak na ránu či do rány, volání linky 155, položení pacienta a pokračování v tlaku do příjezdu záchranné služby může zraněnému zachránit život. ■



MUDr. Kateřina Oborská se narodila v Jindřichově Hradci, po gymnáziu vystudovala s červeným diplomem Lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Plzni. Po jejím ukončení nastoupila na oddělení ARO brněnské Úrazové nemocnice. V roce 2010 atestovala v oboru Anestezie a intenzivní medicína, v roce 2016 pak v oboru Urgentní medicína a Medicína katastrof. V roce 2012 začala pracovat jako lékařka Zdravotnické záchranné služby Kraje Vysočina, od roku 2016 je zaměstnankyní jihomoravské záchranky, jezdí v sanitce a létá ve vrtulníku. Kromě toho je lektorkou a pravidelně školí svoje kolegy. V roce 2022 získala z rukou prezidenta ČR prestižní ocenění Zlatý záchranářský kříž, kdy úspěšně resuscitovala chlapce po tonutí. Sama prováděla 40 minut srdeční masáž malému pacientovi za letu při transportu do nemocnice. Je maminkou dvou dětí, k jejím koníčkům patří cestování, četba a vaření.

LITERATURA JE MOSTEM MEZI LIDMI A KULTURAMI

MOUDRÁ, VZDĚLANÁ, ÚSPĚŠNÁ A KRÁSNÁ ŽENA. SPISOVATELKA, DRAMATIČKA, PUBLICISTKA, HISTORIČKA UMĚNÍ A KURÁTORKA VÝSTAV KATEŘINA TUČKOVÁ JE NOSITELKOU CEN MAGNESIA LITERA, CENY JOSEFA ŠKVORECKÉHO A ČESKÝ BESTSELLER. V ROCE 2017 JÍ BYLA ÚSTAVEM PRO STUDIUM TOTALITNÍCH REŽIMŮ UDĚLENA CENA ZA SVOBODU, DEMOKRACII A LIDSKÁ PRÁVA, NÁSLEDNĚ V ROCE 2022 OBDRŽELA STÁTNÍ CENU ZA LITERATURU. V ZAHRANIČÍ BYLA OCENĚNA LITERÁRNÍ CENOU PREMIO LIBRO D'EUROPA UDĚLOVANOU FESTIVALEM V ITALSKÉM SALERNU. JEJÍ KNIHY SE PŘEKLÁDAJÍ DO DVACETI DVOU JAZYKŮ. POJĎME SI S NÍ NA CHVÍLI POPOVÍDAT.

VYRŮSTALA JSTE V JIHMORAVSKÉ VESNICI MOUTNICE, POSLÉZE V KUŘIMI. JAKÝ JE VÁŠ VZTAH K JIŽNÍ MORAVĚ?

Vřelý, tam jsem totiž doma. A i když teď většinu času trávím v Praze, stále se na jižní Moravu vracím – fyzicky i ve své práci. Každá z mých knih se tam aspoň částečně odehrává. Naposledy jsem třeba psala povídku z prostředí zatopené vesnice Mušov, z níž zbyl pouze kostel svatého Linharta na ostrůvku uprostřed Novomlýnských nádrží. Přitahoval mě už jako dítě, když jsme tudy jezdili směrem na Mikulov. A tak jsem si teď mohla splnit sen, trochu ho prozkoumat a zpracovat do fiktivního příběhu.

STUDOVALA JSTE GYMNÁZIUM NA TŘÍDĚ KAPITÁNA JAROŠE V BRNĚ. JAK JSTE ZVLÁDALA PŘEDMĚTY, KTERÉ NEMĚLY HUMANITNÍ ZAMĚŘENÍ? CO ZNÁMÁ TROJICE MATEMATIKA, FYZIKA, CHEMIE?

To gymnázium je vyhlášené právě kvůli rozšířené výuce matematiky, nicméně já jsem studovala v humanitně zaměřené třídě a tyhle předměty jsem si zrovna moc neužívala, spíš naopak. Už ve druháku jsem se rozhodla, že nebudu plýtvat energií na něco, co se mi vzpírá, a že se zaměřím na to, co mě baví. Takže jsem se soustředila na studium literatury

a dějepisu, a protože jsem občas přinesla nějakou medaili z češtinářské olympiády nebo cenu z literární soutěže, nechali mě profesori přírodních věd prolézt – sice s odřenýma ušima, ale víc jsem pro přihlášku na fildu nepotřebovala.

KDY A PROČ JSTE SE ROZHODLA PRO STUDIUM OBORU HISTORIE UMĚNÍ A ČESKÝ JAZYK NA FILOZOFICKÉ FAKULTĚ MASARYKOVY UNIVERZITY V BRNĚ?

U nás doma se vždycky hodně četlo, takže vztah k literatuře mě provázel od dětství a na gymnáziu jsem pak potkala skvělé pedagogy právě z literatury a dějepisu. A k tomu bylo možné přibrat si volitelný předmět dějiny umění, což byl milník, který mě nasměroval k mé pozdější práci kurátorky výstav současného umění. Vzpomínám si, jak velký kulturní šok jsem tehdy zažila. Z uměleckých forem se u nás ctily zmíněná literatura, občas jsme jezdili do divadla, ale vizuální umění byla terra incognita, ve svých patnácti jsem rozeznávala možná tak Helenu Zmatlíkovou, Zdeňka Buriana a Alfonse Muchu. A pak se přede mnou během první hodiny kunsthistorie, která probíhala ve vile Tugendhat, náraz otevřel svět umění a architektury a také příběhy umělců a poučených objednavatelů... zkrátka úplně jiná dimenze krásna, než na jakou jsem byla zvyklá. Začala jsem pak chodit na výstavy, které se konaly v brněnských výstavních institucích a pomalu se přes staré umění propracova-

la až k modernímu a současnému. Ale to až na univerzitě. Každopádně to byla láska na první setkání. A tak jsem se jí chtěla věnovat dál, takže moje cesta logicky vedla na Masarykovu univerzitu, kde bylo navíc možné studovat dvojbor česká literatura – umění.

V ČEM JE PRO VÁS LITERÁRNÍ TVORBA PŘÍTAŽLIVÁ?

PROČ JSTE SE STALA SPISOVATELKOU?

Protože skrze ni můžu poskytnout hlas těm, co byli přeslechnuti nebo zapomenuti – takové příběhy mě zajímají nejvíc a jejich zmapování a literární uchopení mi dává velký smysl.

CO VÁS PŘIVEDLO K NAPSÁNÍ HISTORICKÉHO ROMÁNU VYHNÁNÍ GERTY SCHNIRCH, ZA KTERÝ JSTE OBDRŽELA ČTENÁŘSKOU CENU MAGNESIA LITERA?

Vlastně náhoda. Když mi bylo dvaadvacet, přistěhovala jsem se v Brně do čtvrti, které se říká brněnský Bronx. Je to vyloučená lokalita v těsné blízkosti centra, což bylo – a stále je – zvláštní. Tak jsem chtěla zjistit, proč to tak je, a během pátrání po místní historii jsem narazila na příběh dívky z česko-německé rodiny, která byla po osvobození spolu se svým půlročním dítětem vyhnána z města v takzvaném Brněnském pochodu smrti. Díky ní jsem zjistila, že pár kilometrů za Brnem je tajný masový hrob se skoro tisícovkou německých žen, dětí a starých lidí... Přišlo mi absurdní, že se dívka, která se na válečném konfliktu nijak nepodílela, stala obětí brutální msty, a i když to vše přežila, potýkala se s následky do konce života – a nejen ona,

foto: Lenka Hatašová

ale i její dcera a vnučka. Její příběh, stejně jako existence toho hromadného hrobu, mě iritoval natolik, že jsem o něm musela napsat. Abych ukázala, jak nesmyslný a krutý je princip kolektivní viny.

VELKÝ ÚSPĚCH MĚLA I KNIHA ŽITKOVSKÉ BOHYNĚ. V ČEM VÁS PŘÍBĚH VÝJIMEČNÉHO RODU LÉČITELEK Z OBLASTI BÍLÝCH KARPAT PŘITAHOUVAL?

Fascinovala mě starobylost fenoménu bohování, ta staletí pěstovaná tradice, kterou si kopaničářské ženy předávaly z matky na dceru údajně už od staroslovanských dob. A přišlo mi smutné, že za totality byly tyto ženy, které lidem tolikrát pomohly bylinnou léčbou nebo radou, denunciovány jako tmářky a šarlatánky a za svou činnost postihovány. Tehdy se umění bohovat prakticky vytratilo. Takže jsem cítila potřebu popsat osudy některých z těch žen a ukázat, jak se prolínaly s dějinami naší země.

KROMĚ LITERÁRNÍ TVORBY MÁTE I DALŠÍ AKTIVITY. ZKUSTE NÁM JE PŘIBLIŽIT. ČEMU SE V SOUČASNOSTI VĚNUJETE?

Dlouhá léta jsem pracovala jako kurátorka výstav současného

výtvarného umění. Přípravovala jsem výstavy v různých českých galeriích, spoluzaložila jsem festival Meeting Brno. Vlastně jsem se celý život věnovala nějaké organizační práci a ve volném čase psala. Teprve po vydání Žitkovských bohyní, kdy se moje knihy začaly překládat do cizích jazyků, jsem si musela vybrat, protože mi přibýlo pozvánek na čtení a různé zahraniční veletrhy a festivaly. Už se nedalo psát a cestovat a k tomu připravovat výstavy, takže jsem to riskla a stala se spisovatelkou na plný úvazek. Ta organizační práce mi trochu chybí, protože psaní je velmi osamělá činnost. Mně samota nevadí, naopak, mám ji ráda, ale stejně tak mám ráda kontakt s lidmi. Takže to občas nevydržím a stejně něco spunktuju – teď s kolegy třeba zrovna chystáme benefiční festival pro povodněmi zasažené Jesenicko, který se uskuteční na konci května v Tančírně v Račím údolí, čímž čtenáře srdečně zvu k návštěvě. Nicméně veškerou mou práci teď ovlivňuje skutečnost, že mám dvě děti školkového věku, které pohlť tolik času, že jsem ráda, když mi ho zůstane aspoň trochu na psaní a výjezdy za čtenáři.

A JAK SE VÁM DAŘÍ SPOJIT PROFESNÍ A RODINNÝ ŽIVOT?

Vymezit si čas na psaní a výjezdy a skloubit to s požadavky rodiny je samozřejmě náročné a neobešlo se to bez obětí. Což znamená, že necestuji na všechny festivaly, na které mě zvou, také toho napíšu o něco méně, ale má to i své benefity. S rodičovskou zkušeností jsem zjistila, že se mi otevřelo nespočet témat a poznatků, které jsem předtím nedokázala zahlédnout nebo rozlišit, takže se výrazně rozrostl i můj autorský rejstřík. Takže možná toho napíšu v této životní etapě o něco méně, ale myslím, že díky rodičovství se pomalu stávám lepší spisovatelkou.

PŮSOBÍTE VELMI MLADISTVÝM A SVĚŽÍM DOJMEM. MÁTE NĚJAKÝ RECEPT, JAK SE UDRŽOVAT V DOBRÉ KONDICI? JAK SE STARÁTE O SVÉ ZDRAVÍ?

Děkuji, to je od Vás laskavé hodnocení, protože od chvíle, co se mi narodilo první dítě, což je pět let, jsem se myslím pořádně nevyspala. No ale tak snad se projevuje, že jsem od malička sportovala, moje maminka byla cvičitelkou v Sokole, kam chodím dodnes. Taky ráda plavu a běhám a pravidelně cvičím jógu. A taky se snažím nedeřásat si nervy věcmi, které si to nezaslouží.

NA ZÁVĚR VÁS POPROSÍM MALÉ MOTIVAČNÍ POSELSTVÍ. CO VZKÁŽETE NAŠIM ČTENÁŘŮM?

Vzhledem ke své profesi asi nemůžu vzkázat nic jiného, než aby četli, protože literatura je překrásný most mezi lidmi a mezi kulturami. Most, po kterém můžeme přejít k ostatním lidem a vrátit se zpátky o mnoho bohatší. ■

DĚKUJEME ZA ROZHOVOR.

ZNAMENÍ: ŠTÍR

RODINA: MANŽEL, DVĚ DĚTI A SKVĚLÍ RODIČE, BEZ NICHŽ BYCH V TÉTO ŽIVOTNÍ ETAPĚ SVOU PRÁCI JEN TĚŽKO ZVLÁDALA

MÁM RÁDA: SVOU RODINU A PŘÁTELE, BRNO, LITERATURU, PLAVÁNÍ, SAUNU, SAMOTU, TICHU

NEMÁM RÁDA: AROGANCÍ, NÁTLAK, DVOJÍ METR

VZOR: MÁM OBLÍBENÉ SPISOVATELE A SPISOVATELKY – MARGARET ATWOODOVOU, ROBERTA MENASSEHO, LJUDMILU ULICKOU, OKSANU ZABUŽKO – ALE NETOUŽÍM SE JIM PODOBAT, PROTOŽE NEJCENNĚJŠÍ JE STEJNĚ AUTENTICITA.

KRÉDO: DVAKRÁT MĚŘ, JEDNOU ŘEŽ

ÚSPĚCHY: DĚTI, DOKTORÁT, PÁR LITERÁRNÍCH CEN

foto: David Koenčný



ŘEDKVIČKY

DAR PRO BOHA APOLLONA

ŽIVOTNÍ STYL

Křupavé, mírně pikantní a osvěžující. Kdo by odolal této chutné zelenině, která je plná vitamínů a minerálů? Ředkvičky jsou první vlašтовkou v jarním jídelníčku a existuje mnoho důvodů, proč si je dopřávat co nejčastěji.

KDE SE VZALY, TU SE VZALY

Podle historických pramenů pocházejí ředkvičky z Asie. V průběhu historie se jejich pěstování postupně rozšířilo do Středomoří a zmiňuje se o nich dokonce staroegyptské písemnictví. V Egyptě tvořily jednu ze základních potravin dělníků při stavbách pyramid. Z jejich semen se zde také lisoval olej. Staří Řekové považovali ředkvičky za zcela výjimečný druh zeleniny, protože je nabízeli darem samotnému bohu slunce, světla, harmonie a krásy, Apollonovi. Postupně se ředkvičky začaly pěstovat po celém světě a byly vyšlechtěny různé odrůdy. U nás se objevily poměrně pozdě, a to až ve druhé polovině 18. století.

JSME TO, CO JÍME

Ředkvičky jsou dokonalým životabudičem, protože obsahují celou řadu minerálních látek, především vápník, fosfor, železo, síru a draslík. Jsou bohatým zdrojem vitamínu C, kyseliny listové, vitamínů skupiny B, provitaminu A a vitamínu E. Mají antibakteriální účinky a díky obsahu hořčičných olejů usnadňují vykašlávání. V těle člověka napomáhají ničení plísní ve střevech, sliznicích a v žaludku. Pozitivně působí na snížení hladiny cholesterolu a jsou dobrým pomocníkem při snižování tělesné hmotnosti. Jejich kalorická hodnota je nízká a obsahují velké množství vlákniny.

KDYŽ PŘÍLIŠ PÁLÍ

Typická palčivost v ředkvičkách se rozvine v okamžiku, kdy se do nich zakousneme. V poškozených buňkách ředkvičky se vyplaví enzym, který mění původně nepalčivou sloučeninu na palčivou. Zmiňovaný enzym je uložený hlavně v oblasti slupky a je citlivý na vysokou teplotu. Palčivost snížíme oloupáním nebo tepelným zpracováním. Ostrou chuť ovlivňuje odrůda a také podmínky při pěstování. Palčivost můžeme zmírnit posolením nebo namočením do studené vody. Obecně platí, že větší ředkvičky bývají obvykle vodnatější a nejsou tolik štiplavé.

KULINÁŘSKÁ INSPIRACE

Chléb s máslem a ředkvičkami je osvědčenou klasickou kombinací. Ředkvičky můžeme použít do různých druhů salátů, ať už se sladkokyselou zálivkou, nebo dipem z jogurtu či zakysané smetany. Hodí se do pomazánek a výborně chutná i ředkvičkové máslo. Nebojte se zmíněnou zeleninu zpracovat tepelně, ředkvičková polévka je vítaným zpestřením jídelníčku. Milovníci netradičních příloh ocení ředkvičky zapečené se skořicí a medem nebo ředkvičky pečené ve slaninovém kabátku.

ŠAMPAŇSKÉ A ŘEDKVIČKY?

Francouzský chemik a vinař Jacques Puisais přišel kdysi se zajímavým objevem. Dlouhá léta zkoumal, který pokrm se nejlépe hodí ke sklence šampaňského. Podle jeho slov ředkvičky stimulují chuť podobně jako zmíněný nápoj. Řízná chuť vám zůstane v paměti, jakmile ji ale zapijete šampaňským, stává se jemnější a více ovocnou.

POJĎME DO SVĚTA!

Je zajímavé, že v jednotlivých částech světa se ředkvičky zpracovávají způsoby, které nám mohou připadat netradiční. V Číně a Japonsku se nakládají podobně jako naše okurky. V Číně se rovněž pěstují speciální velké ředkvičky, z jejichž semen se lisuje olej. V Egyptě se z jednoho druhu ředkviček využívají především horní zelené listy pro kulinářské účely.

Dopřejte si tuto osvěžující zeleninu co nejčastěji, protože jak praví jedno finské přísloví:

„Nemocí je mnoho, ale zdraví máme jenom jedno.“

Praktik, ambulantní specialista nebo špitál? Co je vlastně páteří systému?

Takto položená otázka je zajímavá a zásadní – zda zase jen plkat o slibech nějakého nového páteřního systému, což vždycky periodicky před volbami hrozí. Tedy plkat se jistě může, ale aby to voliči i nevoliči nebrali příliš vážně a nespojovali s tím své volební preference.

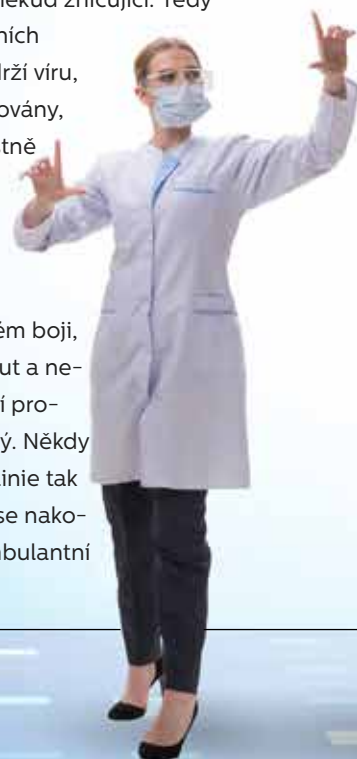
Nejprve trochu anatomicky pojednejme o té páteři, která je osou kostry nás obratlovců a našich systémů. Čím je zásadní? Zjistěte souvislým sloupcem obratlů různých tvarů v různých úrovních, také klouby mezi nimi, v nichž se přiměřeně a koordinovaně vrtí, a pak všemi vazy, které je spojují, aby se nerozpadla na prvočinitele jako modelově v tlakáči vařená vepřová oháňka. Je to jako s trojjedinností systému tvořeného praktikem, specialistou a špitálem, aby to celé dávalo smysl, souvislost a oporu, chce-

te-li tedy páteřní. Případně také víru v trojjedinou boží moc Otce, Syna a Ducha svatého. Nezbyt-nost převážné části páteře je zřejmá, postrádat lze jen ocásek či oháňku pro okrasu, vyvažování v běhu či skoku nebo pro vysílání signálů vrtěním. Bez ocásku se myška obejde, byť jeho ztráta je mrzutost a úchylna oproti záměru Stvořitele. Člověka Stvořitel stvořil už bez ocásku, neboť s ním měl záměry jiné – ve výrobě, filosofii, kultuře, vědě, sportu a politice, a zejména při sezení u počítače by člověku překážel. Tolik tedy k té páteři, když jde o ten náš páteřní systém.

Jistě i ostatní součásti organismu se hodí, neboť páteř obklopují, vyživují a drží pohromadě, jako třeba masitá připáteřní část krkovičky nebo kotlety. Páteř je u všech obratlovců zakončena hlavou pro přijímání potravy, tekutin, vzduchu či informací

a různě výkonným mozkem. Ten také využívá dutou část páteře, aby skrz ni vysílal kabeláž a obratlovce řídil. Usne-li obratlovec, funguje to všechno i bez mozkové kůry automaticky, ale nesluší se moc probírat, že mnohé může běžet i autonomně bez centrálního velení. Při práci ani rozhodování se ovšem mozek vypínat nemá. Mozek jako analogie ministerstva zdravotnictví na vrcholu oné páteře zdravotního systému se ani tam vypínat nemá a zpravidla se natáčí v pevné uzavřené schránce podle situace. Je to všechno úžasně propojené a vzájemně závislé, též na stavu výživy, stavu okysličení, situaci kolem a řádném financování. Zdravotnictví jako množina bezpáteřních mlžů uzavřených pevně do svých ulit nebo v podobě neuchopitelně měnlivých hlavonožců je pro zákazníky poněkud zničující. Tedy páteřní systém se jako heslo do předvolebních programů vlastně hodí, neboť uklidňuje a drží víru, i kdyby byly volby zrušeny nebo nerespektovány, jak se děje třeba v Rumunsku a také se vlastně nic neděje.

No a teď vážně, tedy organizačně. Ctěme naše praktiky v první linii. Bez nich by to nešlo, i když první linii je možno v současném boji, i boji s nemocemi, někdy dronově přelétnout a nevnímat. Dost záleží na tom, zda je zdravotní problém velký a akutní, nebo menší a chronický. Někdy je přelet dokonce účelný, ale zákopy první linie tak jako tak setrvávají a podle jejich odolnosti se nakonec stanovuje, nakolik se vítězí či nikoli. Ambulantní



specialisté jsou druhou linií, když už se přesněji ví, co se chce a v čem je problém. Jistě není špatně, když se při problému se zrakem postižený obrátí přímo na lékaře očního a nezdržuje sebe i systém návštěvou praktika, který by ho tam stejně odeslal. U řady potíží však nemusí být jasné, co je za nimi a ke kterému specialistovi řešení problému patří. Pak tedy lépe než pacient sám to pozná a vyřeší praktik. A mnohdy sám i bez zásahu specialisty. No a špitál, tedy nemocnice, už slouží zřejmým vážným akutním stavům s řešením, kdy je třeba mít pacienta v podniku a trvale

pod kontrolou – v akci, před akcí nebo po akci – a nelze spoléhat na péči z domova. Takto nějak stručně a lapidárně by se dala páteřní struktura objasnit třeba i mimozemské návštěvě, kdyby se neorientovala a zajímala se. Nebo i pozemšťanům, kterým to zatím není jasné, a proto by rádi začínali reformou nebo vynálezem – třeba vynálezem páteře, že ji vnutí již zaběhlým obratlovcům. I tak se někdy děje, protože nápady na tom horním konci páteře zakončené lebkou s různě tvořivým mozkem neznají mezí a genialita objevitelů se tam střídá také s hloupostí aktivistů. Naštěstí prý převažuje selský rozum i v neselském prostředí a leccos je už léty zavedeno, vlastně už od dob Marie Terezie, byť se to stále nějak vyvíjí, specializace se množí a specialistů přibývá. Nicméně na močení je zde stále urolog, na nervy neurolog, na plíce pneumolog, na dámy gynecolog a tak dále, až po patologie a nekrology pro zemřelé.

Nakonec tedy zjistíme, že páteř je vlastně síť, čímž jsem to ještě zamotal. Leč má-li člověk zdravotní

problémy k řešení na více místech, jak už to bývá, nespasí ho v daném místě s danými problémy znalost páteře, nýbrž orientace v síti, která jej zachytí a vytáhne na břeh, aby neutonul. Často se chorý jedinec proběhne od praktika přes specialistu až do špitálu a pak zase pro trvalou péči zpět. Páteř se k němu laskavě sklání všemi svými komponentami, což nemusí složitě anatomicky řešit, ale měl by vědět, kde ony pomocné struktury ve svém bydlišti či v oblasti najde. Netuší-li, je mu ku pomoci praktik, zná-li ho. Nebo informační systém zdravotnictví, existuje-li v regionu. Bohužel často ale jen rady známých. Hovořme tedy předvo- lebně třeba opět o páteřním systému, ale zabýváme se spíše existencí a fungováním sítě. Páteřní systém je téma strategů, síť je téma pro praxi. Pokud bych doporučil něco do znaku zdravotnictví, nebyl by to už vinoucí se had na jehle ani staříček Asklepios, ale mocný bůh Poseidon vybavený trojzubcem a sítí. Trojzubcem jako symbolem trojjednosti praktiků, specialistů a špitálů na jedné páteřní tyči, ale také sítí pro lov a záchyt potřebných a topících se. Poseidon jako patron zdravotnictví by v mém pojetí měl být bohem nezamračeným, hezky komunikujícím a k lidu laskavým, byť se mu někdy i nezadaří, občas někoho trojzubcem raní, napíchne nebo popíchne.

Snad jsem téma vykreslil až k božskému obrazu zdravotnictví, které třímá a užívá trojzubec i síť. Může se objevit zvědavý dotaz, zda má také sám Poseidon páteř. Samozřejmě že má. Viděli jste přece toho svalnatého chlapa na obrázcích, jak se vlní ve vlnách obklopen delfíny a vlnivými mořskými pannami s vlnitými vlasy, což klade nemalé nároky také na jejich páteře – jako bájných obratných obratlovců a obratlovkyň, kteří se hbitě pohybují ve vlnách a bouřích, které známe i ve vlnách a bouřích ve zdravotnictví. Hbitě v tom plavou, skotačí, leccos čelí a dokonce se i unášejí pobytem ve svém působišti. I když popravdě řečeno, bezobratlé medúzy také. Ale kdo ze zdravotníků, natožpak činitelů odpovědných za zdravotní politiku a strukturu, by chtěl být označován za medúzu? Jak by pak asi třímal trojzubec a síť? To si mohou dovolit jen činitelé, kteří nic netřímají a jen se unášejí. ■

Prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc.,

autor pracuje celoživotně v Masarykově onkologickém ústavu v Brně, nyní už jen jako důchodce v roli poradce ředitele. Pedagogicky působí na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně, v rámci Kliniky operační onkologie vyučuje v předmětu Onkologie onkochirurgii. Zkouší i nadstavbové atestace z onkochirurgie, které jsou součástí specializačního vzdělávání lékařů při Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví v Praze.

✉ jan.zaloudik@gmail.com



SERIÁL

JEDINEČNÉ
LÁZNĚ V ČR

LÁZNĚ SKALKA

nezapomenutelné místo s léčivou silou

V mírně zvlněném terénu posledních výběžků Dražanské vrchoviny, 8 kilometrů od Prostějova, leží místo, které stojí za pozornost. Malebná obec Skalka je známá tamními lázněmi, v nichž jsou využívány minerální vody s léčivými účinky. Chemické složení alkalicko-síratých vod je zcela unikátní. Obsahují sylvin, jehož léčivou sílu nemohou nabídnout žádné jiné české lázně. Balneologická zařízení využívající pozitivního působení zmíněného prvku na lidské zdraví se kromě Lázní Skalka nacházejí pouze v Itálii a Rakousku.

Téměř stoletá historie

První zmínka o léčivé vodě ve Skalce pochází ze 16. století, najdeme ji v knize O vodách hojitelných neb teplicích moravských. V knize Hejtmanství přerovské, kterou v roce 1908 napsali František Bayer (učitel v Přerově) a Arnošt Březina (učitel v Brodku), se dočteme, že u Strerovic vyvěrá síratý pramen. Roku 1924 byla obec Strerovice úředně přejmenována na Skalku. Samovolně vyvěrající síratý pramen zaujal i pana Viléma Sonnevenda, který bydlel v Prostějově, ale pocházel z Výšovic a do Skalky chodil za zálibou myslivosti. Rozhodl se využít tento pramen a v roce 1928 postavil ve Skalce sírnaté-alkalické lázně.

Léčivé poklady z přírody

Složení zdejších pramenů je naprosto jedinečné. Minerální vody ve Skalce jsou specifické vysokým obsahem sulfanu (H_2S – sirovodíku) a dále jsou obohaceny zejména o sodík (Na), chloridy (Cl) a hydrogenuhličitany (HCO_3). Hlavní indikační oblasti minerálních vod jsou choroby revmatického charakteru, zejména onemocnění na degenerativním podkladě artrózy. Úspěchy byly zaznamenány i při ovlivňování některých forem probíhající artritidy, jakož i při lumboischialgickém a vertebrogenním syndromu. Pozitivní účinek mají síraté prameny i na kožní problémy.

Prameny a studánky

V Lázních Skalka najdeme čtyři léčebné zdroje – prameny Svatopluk a Cyril a Metoděj, a také studánky Jan a Julinka.

Pramen Svatopluk pomáhá při překyselení a onemocnění žaludku, dále při vředové chorobě žaludku a dvanácterníku.

Pramen Cyril a Metoděj přináší užitek při zánětlivém onemocnění tlustého střeva a příznivě působí na funkci jater, zejména při začínající cirhóze.

Tyto dva prameny jsou vrtané a byly prohlášeny vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 290/1998 Sb. za přírodní léčivé zdroje.



Studánky Jan a Julinka jsou přirozené přírodní vývěry. Voda ze studánky Jan pomáhá při léčbě vysokého krevního tlaku a při zánětlivých onemocněních průdušek. Oproti tomu voda ze studánky Julinka působí močopudně, je vhodná při zánětlivých onemocněních ledvin, některých funkčních poruchách ledvin a také při tvorbě močového písku a kaménků. Prospívá rovněž lidem, kteří onemocněli cukrovkou.

Voda z minerálních pramenů se využívá k pitným kúram a je hlavní součástí vodoléčebných procedur.

Pijte pro zdraví

Nenařídí-li odborník jinak, podává se při pitných kúrách 2× až 3× denně nalačno jedna sklenice. Při léčbě vyměšovacího ústrojí pak o něco více, přibližně 1 litr. Pokud se jedná o onemocnění dýchacích cest, je možné léčivou vodu přihřát, případně ji podávat formou krátkých inhalací s přídavkem léčivých bylin.

Osvěžení a dokonalá relaxace

V Lázních Skalka si můžete užít jak koupele klasické, tak i perličkové a bylinné. Mezi nejoblíbenější procedury patří ruční masáž, ale také podvodní a bodová vířivá koupel spojená s masáží. Dopřát si můžete také masáž Skalka, která blahodárně působí na celé

tělo a napomáhá k uvolnění pohybového aparátu, nebo havajskou masáž Lomi-Lomi s vůní kokosového oleje. Léčebný a relaxační účinek mají rašelinové a parafinové zábaly nebo individuální cvičení.

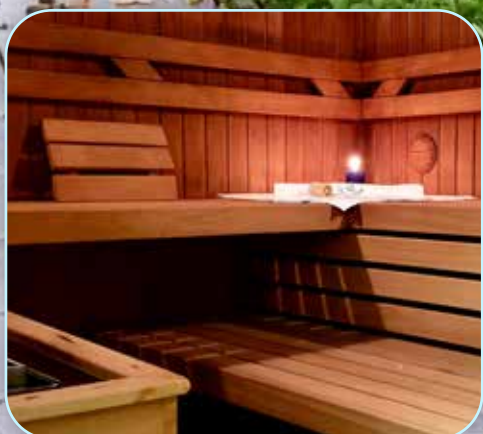
Pod jednou střechou

Lázeňští hosté jsou ubytováni v budově Lázní Skalka v 1. poschodí, což je velkou výhodou. Na procedury sejdou nebo sjezdou výtahem do wellness části, která je v přízemí. V budově se nachází 12 pokojů. Součástí ubytovacích prostor je společenská místnost s balkonem a výhledem do krásného parku. Celá budova je navíc řešena bezbariérově, což přispívá ke komfortu ubytování.

Pojďme spolu do parku

K objektu lázní patří již zmíněný lázeňský park, který v roce 2000 prošel proměnou. Kromě výsadby nových stromů a keřů došlo i k vybudování půvabných míst pro klidné posezení a také pro odpočinek, který v dnešní hektické době mnozí z nás potřebují.

Lázně Skalka jsou jedinečné svou atmosférou a empatickým přístupem ke každému jedinci, který je navštíví. Pro tým profesionálních odborníků nejste pouze klientem, ale především člověkem, kterému chtějí pomoci.



OMEZENÍ RODIČOVSKÉ ODPOVĚDNOSTI V OBLASTI ZDRAVOTNÍ PÉČE

RODIČOVSKÁ ODPOVĚDNOST

Rodičovská odpovědnost představuje dle zákonného vymezení souhrn práv a povinností rodičů, které spočívají v péči o dítě, zahrnující zejména péči o jeho zdraví, jeho tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj, v ochraně dítěte, v udržování osobního styku s dítětem, v zajišťování jeho výchovy a vzdělání, v určení místa jeho bydliště, v jeho zastupování a spravování jeho jmění. Rodičovská odpovědnost vzniká narozením dítěte a zaniká, jakmile dítě nabude plné svéprávnosti. Náleží oběma rodičům ve stejné míře, a to bez ohledu na to, jak který z rodičů o dítě osobně pečuje – tedy např. i rodiči, který se s dítětem nestýká a několik let je neviděl, náleží rodičovská odpovědnost ve stejném rozsahu jako rodiči tzv. pečujícímu. Rodiče jsou povinni svou rodičovskou odpovědnost vykonávat vždy v zájmu dítěte. Součástí rodičovské odpovědnosti však není vyživovací povinnost rodiče vůči dítěti, ta totiž může trvat i po nabytí zletilosti a svéprávnosti dítěte (např. pokud dítě i po nabytí zletilosti studuje a připravuje se tak na výkon budoucího povolání) a má ji i rodič, který byl zbaven rodičovské odpovědnosti.

ZBAVENÍ A OMEZENÍ RODIČOVSKÉ ODPOVĚDNOSTI

Jestliže rodič svoji rodičovskou odpovědnost nebo její výkon zneužívá, anebo svoji rodičovskou odpovědnost nebo její výkon závažným způsobem zanedbává, soud jej jeho rodičovské odpovědnosti zbaví. Zvláště to platí v případě, kdy rodič proti svému dítěti spáchá úmyslný trestný čin nebo použije své dítě, které není trestně odpovědné, ke spáchání trestného činu. V případě zbavení rodičovské odpovědnosti není rodič oprávněn vykonávat žádná práva a povinnosti vztahující se k dítěti (s výjimkou výše zmíněné vyživovací povinnosti).

Poněkud mírnějším opatřením je pak omezení rodičovské odpovědnosti, resp. omezení jejího výkonu. K tomu může dle § 870 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, přistoupit soud v případě, kdy rodič nevykonává svou rodičovskou odpovědnost řádně a současně takové opatření vyžaduje zájem dítěte.

Jak plyne z výše uvedeného, občanský zákoník rozlišuje mezi nositelstvím rodičovské odpovědnosti a jejím výkonem. Nejvyšší soud v této souvislosti opakovaně judikoval, že: „*Zásadním rozdílem mezi omezením rodičovské odpovědnosti a omezením jejího výkonu je bezpochyby skutečnost, že zatímco v prvním případě rodič přestává být nositelem rodičovské odpovědnosti (pouze pro složky rodičovské odpovědnosti v tom rozsahu, v jakém byl soudem omezen), v druhém případě (při omezení výkonu rodičovské odpovědnosti) je jeho nositelství rodičovské odpovědnosti zachováno i pro ty složky rodičovské odpovědnosti, v jejichž výkonu byl v určitém rozsahu omezen.*“¹ V případě omezení pouze výkonu rodičovské odpovědnosti je tedy sice postižena tzv. aktivní složka rodičovské odpovědnosti (tj. rodič je omezen v rozhodování o záležitostech nezletilého v dané oblasti), nicméně pasivní složka rodičovské odpovědnosti zůstává zachována (tj. rodiči zůstává zachováno právo na informace o nezletilém týkající se dané oblasti).² **Omezení rodičovské odpovědnosti je tedy daleko významnějším a citelnějším zásahem do práv rodiče**

než pouhé omezení jejího výkonu, neboť znemožňuje rodiči rovněž dostávat informace o nezletilém (v rozsahu takového omezení).

OMEZENÍ RODIČOVSKÉ ODPOVĚDNOSTI A JEJÍHO VÝKONU V OBLASTI POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Byť nejsou rozhodnutí o omezení rodičovské odpovědnosti či jejího výkonu v praxi příliš častá, lze se s nimi setkat. Nezřídka se pak týkají právě oblasti poskytování zdravotní péče dítěti. O jaké případy se zpravidla jedná?

Vzhledem k tomu, že omezení rodičovské odpovědnosti je citelným zásahem do práv rodiče, přistupují k němu soudy velice obezřetně, a to v situacích, kdy přístup rodiče k poskytování zdravotní péče dítěti může vést k ohrožení jeho fyzického či duševního zdraví, a to buď v důsledku odmítání zdravotní péče, anebo (což bývá častější) naopak jejího nadměrného užívání. Chování takového rodiče přitom často bývá ovlivněno duševní poruchou, která mu brání v racionálním náhledu na zdravotní stav jeho dítěte.

Objevují se případy rodičů (z naší zkušenosti můžeme konstatovat, že častěji jde o matky), kteří se nadměrně zaměřují na zdravotní stav dítěte a zveličují jeho obtíže, pro které pak vyžadují lékařské zásahy. Pokud jim lékař nevyhoví a zákrok neprovede či odmítne předepsat požadovaný lék, takový rodič zpravidla navštíví jiného lékaře. Extrémním případem jsou rodiče trpící tzv. Münchhausenovým syndromem by proxy, což je onemocnění, při němž pečující rodič zveličuje příznaky dítěte, lže o nich či přímo přispívá ke vzniku symptomů nemoci u svého dítěte, aby následně mohl vyžadovat jeho léčbu. Bohužel zejména v případě velmi malých dětí může být prokazování takového jednání v praxi obtížné, obzvláště pokud rodič o návštěvách lékařů druhého rodiče neinformuje a střídá různé specialisty. Praktickou pomůckou pro druhého rodiče v takové situaci mohou být přehledy vykázané zdravotní péče poskytnuté

zdravotní pojišťovnou dítěte, které obsahují jak provedené výkony, tak předepsané léky. Lze z nich tedy jednoznačně vyčíst strukturu a četnost poskytovaných zdravotních výkonů a porovnat je s objektivním zdravotním stavem dítěte stanoveným lékařem. V judikatuře se například objevil případ matky, která byla omezena ve výkonu rodičovské odpovědnosti, neboť se svou čtyřletou dcerou během jednoho roku vystřídala (kromě řady dalších lékařů) tři různé alergology, po nichž se domáhala potvrzení svého přesvědčení, že dcera trpí několika alergii, aniž by provedená vyšetření jakoukoli alergií prokázala. Dívka přitom byla nucena podstupovat náročná vyšetření, včetně opakovaných odběrů krve, přičemž matka si zátěž takových vyšetření pro dceru nebyla ochotna připustit. Závěry lékařů, dle nichž byla dcera zcela zdravá, bagatelizovala a poukazovala na jejich nedostatečnou erudovanost. Na druhou stranu byl popsán případ otce, který odmítal připustit diagnózu autismu u svého syna a svými opakovanými nesouhlasy s poskytováním zdravotní péče způsobil, že synovi nebyla téměř dva roky poskytována specializovaná zdravotní péče. Rovněž v tomto případě přistoupil soud k omezení výkonu jeho rodičovské odpovědnosti.

I v případě, že soud rodičovskou odpovědnost v oblasti poskytování zdravotní péče či její výkon omezí, nelze zcela spolehlivě zajistit, že takové rozhodnutí bude plně respektováno. Lékař či jiný zdravotní pracovník, který má dítě v péči, se totiž o rozhodnutí soudu automaticky nedozví a ani není povinen si tuto skutečnost aktivně zjišťovat. Je na druhém rodiči, aby lékaře o vydaném roz-

hodnutí informoval a doložil mu je. Zdravotnickým pracovníkům lze doporučit, aby kopii předloženého rozhodnutí založili do zdravotnické dokumentace a současně si poznámku o omezení rodičovské odpovědnosti jednoho z rodičů na zdravotnické dokumentaci z praktických důvodů viditelně vyznačili. Zvláštní pozornost je pak třeba věnovat tomu, zda rozhodnutí zní na omezení rodičovské odpovědnosti jako takové, či pouze jejího výkonu, neboť pokud bude omezen pouze výkon rodičovské odpovědnosti, má rodič právo na poskytnutí informací o zdravotním stavu dítěte a péči jemu poskytované, nesmí však o ní rozhodovat. Pokud však rozhodnutí zní na omezení rodičovské odpovědnosti, nesmí být rodiči o dítěti poskytovány žádné informace.

ZÁVĚR

Omezení rodičovské odpovědnosti je významným zásahem do práv a povinností rodiče. Je třeba rozlišovat mezi omezením výkonu rodičovské odpovědnosti, kdy rodič nesmí rozhodovat o zdravotní péči poskytované dítěti, má však právo na informace o jeho zdravotním stavu, a omezením rodičovské odpovědnosti jako takové, kdy mu nesmí být poskytovány ani tyto informace. Zdravotníci pracovníci nejsou povinni sami aktivně zjišťovat, zda rodič, který doprovází dítě či se zajímá o jeho zdravotní stav, je omezen v rodičovské odpovědnosti v oblasti poskytování zdravotní péče. Pokud je jim však tato skutečnost doložena předložením příslušného soudního rozhodnutí, jsou povinni takové rozhodnutí respektovat. ■

(1) Viz rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 12. 2. 2019, sp. zn. 24 Cdo 3460/2018.

(2) Srov. Králíková, Z., Hrušáková M., Westphalová, L. a kol. Občanský zákoník II. Rodinné právo (§ 695–975). Komentář. 2. vydání. Praha: C. H. Beck, 2020 str. 803–804.



Mgr. Zuzana Vondráčková, působí jako vyučující na Fakultě zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci a je advokátkou v Praze.

JUDr. Jan Vondráček, je vedoucím Katedry práva na Národohospodářské fakultě Vysoké školy ekonomické v Praze a v Praze rovněž vykonává advokátní praxi.

SOUTĚŽ

Máte suchou a citlivou pokožku? Je vaše kůže náchylná k ekzémům a psoriáze? Neváhejte a zapojte se do naší soutěže! Vyhrát můžete Annabis dárkovou sadu pro zdravou kůži, což je přírodní lékárníčka, která zaručeně funguje. Najdete v ní vysoce kvalitní produkty určené pro koupel i výživné promaštění.

Takže s chutí do toho a ať vám štěstí přeje!

Dárky do soutěže věnovala společnost Annabis s.r.o. Děkujeme!

Správné odpovědi na níže uvedené otázky najdete na stránkách druhého letošního vydání Angis revue.

Radost uděláme deseti z vás!

KTERÉ LÉKY JSOU LÉKEM PRVNÍ VOLBY U PERZISTUJÍCÍCH FOREM BRONCHIÁLNÍHO ASTMATU?

- A** intravenózně podávané theofyliny
- B** inhalační kortikosteroidy
- C** systémová antihistaminika

JAKÉ JSOU TYPICKÉ PŘÍZNAKY ALERGICKÉ KONJUNKTIVITIDY?

- A** hnisavý výtok z očí, slepená oční víčka po ránu, zvýšená teplota
- B** pálení, řezání nebo pocit písku v očích, suchost očí
- C** svědění a slzení očí, zarudnutí spojivek, popřípadě otoky víček

KTERÁ OČNÍ VADA JE PŘEDMĚTEM SCREENINGOVÉHO VYŠETŘENÍ ZRAKU NOVOROZENCŮ?

- A** novorozenecká katarakta
- B** krátkozrakost nebo dalekozrakost
- C** strabismus a tupozezrakost

VÝHERCI SOUTĚŽE Z ANGIS REVUE 1/2025:

Mgr. Lucie Novotná,
Lékárna U sv. Augustína, Brno

Jana Vokrouhlíková,
Lékárna Pod Synagogou, Milevsko

Veronika Živnůstková,
Lékárna Nemocnice Jičín, Jičín

Mgr. Ivana Kroutilová,
OOVL Protivanov, Protivanov

Iva Vinklarková,
Zámecká lékárna Slavkov, Slavkov u Brna

PharmDr. Jiřina Chudáčková,
Lékárna Milosrdných bratří, Brno

PharmDr. Denisa Vilémová,
Lékárna U Muzea, Liberec
Mgr. Marie Špendlíková,
OOVL Fremlova apotheca,
Senice na Hané

Mgr. Šárka Neprašová,
Lékárna Dr. Max, Nový Bor
Kamila Adamowiczová,
Nemocniční lékárna MNOF, Ostrava

Výherci se mohou těšit na dárkové čajové kazety od společnosti Sonnentor s.r.o.

Gratulujeme!

Soutěžní formulář naleznete na www.angisrevue.cz.
Na vaše odpovědi čekáme do 31. května 2025.



Co mimo jiné přenesete příští vydání Angis revue?

Z deníku pediatra

O chrup je třeba pečovat už od nejútlejšího věku. Prořezávání zoubků a první návštěva u stomatologa je tématem článku MDDr. Petry Rackové, která působí na zubní klinice Dent Medico. Pro rodiče má mnoho cenných rad a také jim přiblíží moderní metody stomatologické péče o nejmenší pacienty.

Očima s.r.o.

Málokteré vážnější onemocnění je možné moderně diagnostikovat a úspěšně léčit bez víceoborové účasti. Složitější situace zpravidla vždy řeší týmy, ať už se scházejí, nebo spolupůsobí v síti zdravotních služeb. Nad mezioborovou spoluprací se ve svém článku zamýšlí prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc.

Angiologie

Tepenná aneurysmata jsou často opomíjeným, ale velmi závažným medicínským tématem, a to zejména z důvodu velmi vysokého rizika vážných komplikací a mortality.

Mohou se vyskytovat prakticky kdekoli v tepenném řečišti. O epidemiologii, symptomech, diagnostice i léčbě tohoto onemocnění se dočtete v článku autorů MUDr. Luboše Kubíčka, Ph.D. a prof. MUDr. Roberta Staffy, Ph.D.

GlobiFer® *forte*

DÁVKOVÁNÍ 1-2 TABLETY DENNĚ | DOPLNĚK STRAVY

ŽELEZO S HEMOGLOBINEM BEZ TRÁVICÍCH OBTÍŽÍ

- Nezpůsobuje zácpu, průjem
- Snadno a rychle doplní nedostatek železa
- Užívání kdykoliv během dne
- Vhodné pro těhotné i kojící ženy
- Zakoupíte v lékárnách



Jestliže se chcete vyhnout nežádoucím účinkům při užívání železa, zvolte **GlobiFer® forte**

www.globifer.cz

 GEDEON RICHTER

Dasmini®

desloratadinum

Odfoukněte alergii!

Dasmini zmírňuje příznaky alergické rýmy (kýchání, výtok z nosu a svědění nosu, svědění, slzení a zarudnutí očí a svědění na patře) a urtikárie¹



U většiny osob
nezpůsobuje
ospalost¹



Účinkuje
24 hodin¹



S jídlem nebo
bez jídla¹



Pro dospělé
a dospívající
od 12 let¹

Dostupné síly a velikost balení	Dávkování
Dasmini 5 mg x 10 tablet	1 tableta 1x denně
Dasmini 5 mg x 30 tablet	1 tableta 1x denně



Základní informace pro doporučení léčivého přípravku (připraveno podle schváleného Souhrnu údajů o přípravku (SPC)):

Název přípravku: Dasmini 5 mg potahované tablety. **Složení:** Jedna tableta obsahuje 5 mg desloratadinu. **Indikace:** Přípravek je indikován k léčbě dospělých a dospívajících ve věku 12 let a starších ke zmírnění příznaků spojených s alergickou rýmou a s urtikárií. **Dávkování a způsob podání:** Dospělí a dospívající (ve věku od 12 let výše): 1 tableta 1x denně. Intermitentní alergická rýma (přítomnost příznaků méně než 4 dny za týden nebo méně než 4 týdny) má být léčena v souladu s posouzením anamnézy onemocnění pacienta a léčba může být přerušena po odeznění symptomů a znovu zahájena, pokud se symptomy opět objeví. U perzistující alergické rýmy (přítomnost příznaků 4 dny nebo více za týden a více než 4 týdny) může být navržena trvalá léčba pacientů v obdobích expozice alergenu. **Pediatrická populace:** Zkušenosti z klinického hodnocení účinnosti s použitím desloratadinu u dospívajících ve věku 12 až 17 let jsou omezené. Bezpečnost a účinnost přípravku Dasmini 5 mg potahované tablety u dětí mladších 12 let nebyla dosud stanovena. Tableta může být užívána spolu s jídlem nebo bez jídla. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku, na loratadin nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění:** Se zvýšenou opatrností je nutné postupovat při podávání přípravku Dasmini pacientům s těžkou renální insuficiencí. Pacientům s konvulzemi v osobní nebo rodinné anamnéze, a zejména malým dětem, které jsou ke vzniku nových záchvatů křečí při léčbě desloratadinem více náchylnější, je nutno desloratadin podávat s opatrností. Zdravotníci mohou u pacientů, u kterých se v průběhu léčby objevil epileptický záchvat, zvážit vysazení desloratadinu. Dasmini obsahuje laktosu. Pacienti se vzácnými dědičnými problémy s intolerancí galaktosy, vrozeným nedostatkem laktázy nebo malabsorpcí glukosy a galaktosy nemají tento přípravek užívat. **Interakce:** V klinických studiích, v nichž byl desloratadin tablety podáván spolu s erythromycinem nebo ketokonazolem, nebyly zaznamenány žádné klinicky relevantní interakce. V klinicko-farmakologické studii, v níž byl desloratadin podáván současně s alkoholem, nebyla pozorována potenciace negativních účinků alkoholu na výkonnost. Nicméně po uvedení na trh byly hlášeny případy intolerance alkoholu a intoxikace alkoholem. Proto se při současném požívání alkoholu doporučuje opatrnost. **Těhotenství a kojení:** Nedoporučuje se užívání desloratadinu v průběhu těhotenství. Desloratadin byl nalezen u kojených novorozenců/dětí léčených matek. Účinek desloratadinu na novorozence/děti není znám. Na základě posouzení prospěšnosti kojení pro dítě a prospěšnosti léčby pro matku je nutno rozhodnout, zda přerušit kojení nebo ukončit/přerušit podávání desloratadinu. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Pacienti mají být informováni, že u většiny osob se nevyskytuje ospalost. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji hlášenými nežádoucími účinky byly únava, sucho v ústech a bolest hlavy. **Balení:** 10 nebo 30 potahovaných tablet po 5 mg. **Doba použitelnosti:** 5 let. **Uchovávání:** Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. Datum poslední revize textu SPC: 24. 6. 2022. Držitel rozhodnutí o registraci: Krka, d.d., Novo mesto, Slovinsko. Reg. č.: 24/213/14-C; Léčivý přípravek je vydáván bez lékařského předpisu. Léčivý přípravek není hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Nepřetržitá veřejná informační služba: tel.: +420 221 115 150, e-mail: info.cz@krka.biz, www.krka.cz/cz/leciva-a-jine-produkty.

Dříve než přípravek doporučíte, seznamte se, prosím, s úplným zněním SPC.

Tento materiál je určen pouze osobám oprávněným předepisovat nebo vydávat v něm zmíněné léčivé přípravky.

Jeho zprístupněním jiným osobám může dojít k porušení zákona, které je sankcionováno.

Zdroj: 1. SPC Dasmini 5 mg potahované tablety.

Krka ČR, s.r.o., Sokolovská 192/79, 186 00 Praha 8 – Karlín, tel. +420 221 115 115, www.krka.cz

*Nezávazná doporučená prodejní cena v lékárně.

RB 4/2025, Czech Republic, 2025 I-O-232x282-1

KRKA