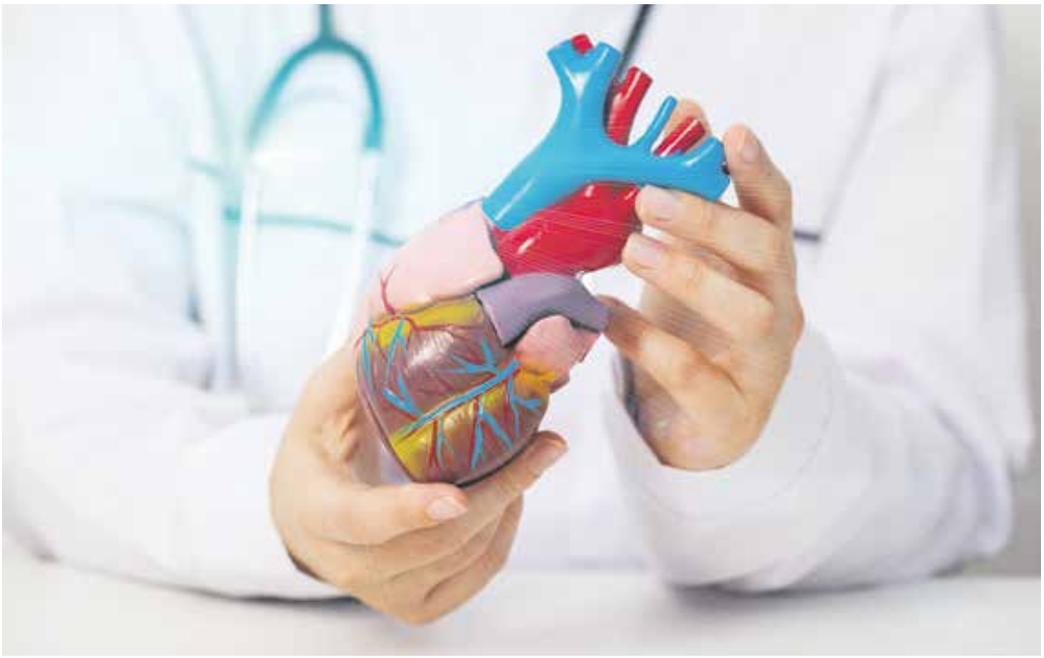
Noviny
NEJEN O ZDRAVÍ
zdraví • nemoc • pohyb • výživa

ROČNÍK 1 • ČÍSLO 1 • ZDARMA

Proč bychom měli znát svoji hladinu cholesterolu?



V ordinaci od svých pacientů při mnou položené otázce na jejich hladinu cholesterolu nejčastěji slýchám odpověď, že jej mají „dobrý“. Odpovídají tak stejně ti, kteří mají hodnoty zcela ideální, jakož i ti, kteří mají jeho krevní hladiny významně zvýšené. Pokud se zeptám na číselnou hodnotu, zná ji menší část dotazovaných, stejně tak jako málokdo ví, jaká hodnota je pro něj ta správná. Přitom cholesterol patří k zásadním rizikovým faktorům kardiovaskulárních onemocnění a snižováním jeho hladiny jim můžeme efektivně předcházet.

Kardiovaskulární onemocnění stále patří k nejčastějším příčinám smrti v celé Evropě i v České republice. Díky zavedení moderních léčebných metod a preventivních postupů došlo však k významnému zlepšení – v devadesátých letech u nás na onemocnění srdce a cév umíralo 55 % lidí, dnes jen mírně nad 40 %. Přesto pokud chceme zabránit předčasným úmrtím a prodlužovat život ve zdraví, je třeba se na tuto oblast dále soustředit.

Všechna známá onemocnění srdce a cév sice nemají jednotnou příčinu, nicméně velká skupina z nich si je významně podobná.

Všechna známá onemocnění srdce a cév sice nemají jednotnou příčinu, nicméně velká skupina z nich si je významně podobná. Jedná se o aterosklerotická kardiovaskulární onemocnění (někdy je označujeme zkratkou ASKVO), jejichž příčinou je ucpávání cév aterosklerotickým procesem. Pokud k takovému uzavření nebo zúžení dojde v oblasti tepen zásobujících mozek, může být výsledkem cévní mozková příhoda, která pokud ji pacient přežije, často zanechává významné omezení pro zbytek života. Pokud jsou postiženy věnčité tepny zásobující srdeční sval, může být výsledkem infarkt myokardu nebo angina pectoris.

Pokračování na straně 7

Pacienti s nemocemi srdce mají svoji pacientskou organizaci

Léčíte se vy nebo vaši blízcí na nějaké onemocnění srdce? Jste po srdečním infarktu a potřebujete upravit životosprávu? Máte vysoký krevní tlak nebo cholesterol? Máte hodně otázek a málo odpovědí? Kromě vašeho kardiologa jsme tu pro vás i my – pacientská organizace ČAKO. Jsme tým kardiologických pacientů a dlouhodobě spolupracujeme s předními českými odborníky, abychom vám mohli nabídnout užitečné informace o vaší nemoci a poradit vám se vším, co do vašeho života přináší. Jsme tu pro vás i se svými vlastními pacientskými zkušenostmi. Podívejte se na webové stránky www.ca-ko.cz – najdete tu články, videa a především naše praktické brožurky, které vám pomůžou žít zdravěji. Máme pro vás i on-line poradnu – stačí jednoduše napsat dotaz a do několika málo dnů vám naši lékaři odpoví, poradí, co ve vaší situaci dělat. Když nenajdete na stránkách to, co hledáte, pište nám na info@ca-ko.cz, pokusíme se pomoci. Díky spolupráci s panem doktorem Jiřím Veselým se budeme na stránkách těchto novin potkávat i do budoucna – v rubrice ČAKO pro vás chystáme novinky a zajímavé informace o zdraví viděné očima pacientů.

Za Českou alianci pro kardiovaskulární onemocnění, z. s. (ČAKO)
Kristýna Čillíková

INZERCE

TIRÁŽ Noviny nejen o zdraví vydává společnost R36.cz, s. r. o., Fibichova 52, 537 01 Chrudim v nákladu 15000 ks. Distribuci do schránek zajišťuje Česká pošta. Tisk je registrován MK ČR E 24702. Uzávěrka vydání 15. února 2025. Neprodejné.
Inzerce, rozhovory: Roman Málek, malek@r36.cz, tel.: 731 561 465. Další vydání: duben 2025.

Noviny nejen o zdraví, nemocech, výživě a pohybu

Co napsat úvodem?

Právě jste se začetli do prvního čísla Novin nejen o zdraví. Přestože „na zdraví“ si mnoho z nás relativně často připíjí, přestože „hodně zdraví“ jeden druhému přejeme při oslavách narozenin nebo s příchodem nového roku, ne vždy se nad významem tohoto slova hlouběji zamýšlíme. Význam obrovské hodnoty zdraví si často uvědomujeme teprve tehdy, když sami u sebe nebo u svých blízkých vidíme ztrátu této hodnoty a přichází nemoc. Nemoc, která již ve svém pojmenování vyjadřuje omezení, ne-možnost dělat to, na co jsme byli zvyklí. Naštěstí většina onemocnění je dnes léčitelná, a pokud léčbu podstoupíme, může se náš stav zlepšit nebo jindy alespoň dokážeme nepříznivý vývoj onemocnění zastavit, či zpomalit. Ještě lepší možností je vzniku onemocnění předejít, což předpokládá vyhnutí se rizikům, která onemocnění vyvolávají. Zatímco k léčbě některých onemocnění pacienta mohou donutit jejich nepříjemné příznaky, u preventivní medicíny tento motivátor chybí. U většiny lidí s vysokým krevním tlakem, s vysokou hladinou cholesterolu nebo s počínající cukrovkou nemusí být přítomné žádné obtěžující projevy, přesto neléčení těchto onemocnění vede k postupnému poškozování některých orgánů, a může skončit kardiovaskulární katastrofou, a to například v podobě infarktu myokardu, cévní mozkové příhody nebo i náhlou srdeční zástavou. Abychom takovým katastrofám mohli předcházet, je nutné, aby lidé měli jejich rizikové faktory nejen včas zjištěny, ale také včas náležitě ovlivněny. Toto ovlivňování se neomezuje pouze na podávání léků (které mohou pomoci pouze v případě, že je pacient řádně užívá), ale zahrnuje také přiměřenou fyzickou aktivitu, správnou výživu, udržování správné hmotnosti a vyhýbání se rizikovým látkám, zejména kouření a nadměrné konzumaci alkoholu. Aby byl pacient k preventivním opatřením motivován a dokázal dobře kooperovat i při léčbě pokročilejších stádií nemoci, je nutné, aby byl v této oblasti alespoň v základu orientován. Základní informace jsou sdělovány při návštěvě lékaře, někdy zde však nemusí být probráno vše, co pacienta zajímá. Proto se chceme nejčastěji diskutovaným problémům věnovat ve formě článků a rozhovorů s odborníky v našich Novinách nejen o zdraví. Chystáme se je vydávat několikrát ročně a zaměřit se na možnosti udržení zdraví i na novinky v diagnostice a léčbě některých častých onemocnění, přičemž prostor chceme věnovat dvěma důležitým pilířům prevence a léčby zároveň – správné výživě a vhodné pohybové aktivitě.

MUDr. Jiří Veselý, www.mudrjirivesely.cz

INZERCE

EDUMED
...staráme se o vaše zdraví...

SPÁNKOVÁ MEDICÍNA

2 CERTIFIKOVANÉ SPÁNKOVÉ LABORATOŘE

BROUMOV	Smetanova 91	tel.: 739 066 259
JAROMĚŘ	Dr. Ed. Beneše 191	tel.: 722 190 777

AMBULANCE SPÁNKOVÉ MEDICÍNY
- SPECIALIZOVANÝ TÝM
- PORADNA
- MODERNÍ LÉČBA

DIAGNOSTIKA SYNDROMU SPÁNKOVÉ APNOE
- SOMNOGRAFIE
- POLYGRAFIE

PŘETLAKOVÁ LÉČBA PŘI DIAGNOSTICE SPÁNKOVÉ APNOE

www.edu-med.cz

PRO OBJEDNÁNÍ VOLEJTE
od pondělí do pátku
od 10:00 do 15:00

Srdeční selhání – informace pro pacienty

Co je to srdeční selhání?

Srdeční selhání je stav, kdy srdce není schopno pumpovat dostačující množství krve pro potřeby orgánů a tkání ať už v klidu, nebo i při námaze.

Jak se srdeční selhání projevuje?

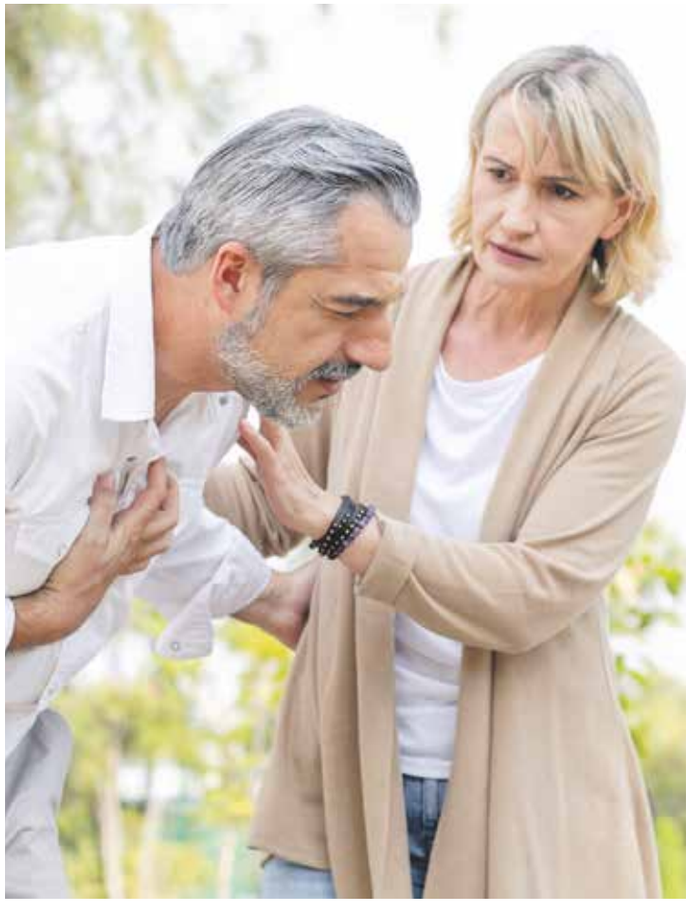
Projevy srdečního selhání jsou dány nedostatečným přečerpáváním krve v organismu. Nejčastěji jsou způsobeny nedostatečným zásobováním orgánů a tkání okysličenou krví nebo nadměrným hromaděním krve v některých oblastech těla. K nejčastějším projevům patří dušnost (nadměrné zadýchávání se), zvýšená únava, snížená tolerance fyzické aktivity a otoky dolních končetin.

Co je příčinou srdečního selhání?

Nedostatečné čerpání krve srdcem může mít celou řadu příčin, které obecně vedou k omezení schopnosti srdce krev vypuzovat nebo nasávat. Příčinou mohou být poruchy srdečního rytmu nebo nesprávná funkce srdečních chlopní, nejčastěji je ale srdeční selhání způsobené špatnou činností srdeční svaloviny. K tomuto problému často dochází kvůli nedostatečnému prokrvení srdeční svaloviny (ischemická choroba srdeční) nebo jejímu postižení vysokým krevním tlakem či cukrovkou. U mladších pacientů je velmi častým spouštěčem postižení srdečního svalu zánětem (myokarditida) nebo se může jednat o onemocnění vrozené.

Jak se srdeční selhání diagnostikuje?

Základem diagnostiky je zhodnocení pacientových obtíží a prohlídka pacienta. Na základě těchto výsledků je doplněno zobrazovací vyšetření srdce, které hodnotí strukturu a funkci jednotlivých srdečních oddílů a chlopní. Nejčastěji používaným zobrazovacím vyšetřením srdce je vyšetření ultrazvukové, v některých případech je využívána i magnetická rezonance. Dalším důležitým diagnostickým postupem je vyšetření natriuretických peptidů z krve v laboratoři či přímo v ordinaci. Tyto látky produkuje selhávající srdce ve zvýšeném množství a jejich stanovení



je užitečné v úvodní diagnostice i dlouhodobém sledování pacientů s tímto onemocněním. Elektrokardiografie a rentgenové vyšetření hrudníku (srdce a plic) mají význam pomocný.

Jakou má srdeční selhání prognózu?

Prognóza pacientů se srdečním selháním závisí na jeho příčině, stupni srdečního postižení a rovněž na přidružených onemocněních. Těžší forma srdečního selhání je závažné onemocnění, které zejména v případě neléčení ohrožuje pacientův život a zároveň významně zhoršuje jeho kvalitu.

Jak se srdeční selhání léčí?

Cílem léčby pacientů se srdečním selháním je zmírnění obtíží a zlepšení prognózy nemocných. Léčba je individuální a vychází zejména z typu a tíže srdečního postižení. Jejím základem je kromě využití léků (farmakologická léčba) a specifických přístrojových metod i volba správného životního režimu.

Jaké léky potřebují pacienti se srdečním selháním?

Některé léky používané u srdečního selhání dokáží pacientům buď zmírnit, nebo zcela odstranit obtíže (zejména dušnost a otoky), některé zároveň dokáží i významně prodloužit život. U pacientů se sníženou vypuzovací schopností levé komory srdeční nejčastěji usilujeme o léčbu zahrnující kombinaci čtyř skupin léků bránících předčasnému úmrtí, u pacientů s dobrou vypuzovací schopností levé srdeční komory je z těchto skupin zcela zásadní pouze jedna. Kromě specifických léků na samotné srdeční selhání ale řada pacientů potřebuje i další léky – například k léčbě vysokého krevního tlaku, cukrovky, nedostatečného prokrvení srdečního svalu, nepravidelného srdečního rytmu nebo zvýšené hladiny cholesterolu. U většiny využívaných léků je přitom důležité nejen jejich samotné zavedení do léčby, ale také dosažení jejich nejvhodnější individuální dávky.

Co to je přístrojová léčba srdečního selhání?

Dlouhodobá přístrojová léčba je využívána pouze u menší části pacientů se srdečním selháním. Pacientům s poruchou tvorby nebo šíření elektrických vzruchů důležitých pro aktivaci srdečního stahu jsou zaváděny trvalé kardiostimulátory, u pacientů s rizikem specifických život ohrožujících arytmií pak miniaturní defibrilátory. Pro nejtěžší formy srdečního selhávání je možné pacientům k srdci zavést pumpu, která je napájena ze zevní baterie a nahrazuje funkci postižené srdeční komory.

Jaké další výkony na srdci jsou u srdečního selhání někdy potřebné?

U podstatné části pacientů s významným nedostatečným prokrvením srdečního svalu je proveden zákrok na věnčitých tepnách kardiochirurgickým přístupem nebo katetrizační metodou využívající cévní přístup k srdci vpichem do tepny na horní či dolní končetině. Oba přístupy jsou vhodné i u významného postižení srdečních chlopní, katetrizační metoda je využívána i u léčby celé řady poruch srdečního rytmu.

Kde probíhá a jak dlouho trvá léčba srdečního selhání?

Těžší formy či akutní zhoršení vyžadují léčbu při pobytu v nemocnici, mírnější formy jsou léčeny ambulantně. Srdeční selhání je v naprosté většině případů chronickým onemocněním a jeho léčba je dlouhodobá, až na vzácné výjimky celoživotní.

Musí pacienti se srdečním selháním dodržovat speciální dietu?

U všech forem srdečního selhání je obecně doporučována zdravá strava s důrazem na omezení příjmu kuchyňské soli a alkoholu. U pacientů s významnějšími otoky nebo sníženou hladinou sodíku v krvi je doporučováno i omezení tekutin na 1,5–2 litry denně.

Jaká fyzická aktivita je doporučena při srdečním selhání?

Klidový režim je doporučován při akutním zhoršení srdečního selhání, naopak u pacientů stabilizovaných je vhodná dostatečná fyzická aktivita. Optimální je tuto problematiku konzultovat s ošetřujícím lékařem.

Fibrilace síní – porucha rytmu, která může ohrozit na životě nebo jej významně ztrpčit

Přestože si nezdravotníci pod pojmem závažné srdeční onemocnění často představují pouze infarkt myokardu, existují i další velice častá srdeční onemocnění, která mohou zkrátit život a významně snížit jeho kvalitu. Mezi ty, u kterých se v posledních letech objevují nové účinné léčebné postupy, patří zejména fibrilace síní, jíž v České republice trpí okolo čtyř set tisíc lidí.

Fibrilace síní – problém nejen pro srdeční výkonnost

Fibrilace síní představuje jednu z nejčastějších klinicky významných poruch srdečního rytmu. Zatímco srdeční komory se u ní stahují nepravidelně, někdy příliš rychle a jindy příliš pomalu, činnost srdečních síní je zcela ochromena. Ochromené síně se nedostatečně vyprazdňují a často v nich vznikají srdeční sraženiny, které se mohou uvolnit a být odneseny krví do některé z tepen zásobujících důležité orgány. Pokud se sraženina dostane do mozkového řečiště, je výsledkem cévní mozková příhoda – tedy trvalé zničení části mozkové tkáně. Jejím následkem může být ztráta hybnosti, řeči nebo zraku. Nemalá část pacientů i v dnešní době na mozkovou příhodu umírá a z těch, kteří přežijí, mnozí zůstávají ochrnuti po zbytek života. Závažnost stavu dobře vystihuje i jeho starší pojmenování „mozková mrtvice“.

Lze mozkové příhodě předejít ?

Zásadní je, aby porucha rytmu byla včas zjištěna. Část pacientů vnímá poruchu rytmu jako rychlé či nepravidelné bušení srdce a k diagnóze dostačuje běžné EKG vyšetření, u jiných se porucha rytmu může projevit dechovými obtížemi, snížením výkonnosti či pocity slabosti. Protože v počátku onemocnění se porucha rytmu může vyskytovat jen několik minut či hodin denně, je někdy potřebné provádět delší sledování

EKG takzvaným EKG Holtrem – malým přístrojem, který pacient dostává na jeden či více dnů domů. Pokud při vyšetření zjistíme fibrilaci síní, je u naprosté většiny pacientů nezbytné bez zbytečné prodlevy zahájit podávání léků ovlivňujících krevní srážlivost (pacienti je často pojmenovávají jako „léky na ředění krve“).

Není potřeba se „ředění krve“ obávat ?

Léky ovlivňující krevní srážlivost dokáží zabránit riziku nebezpečné krevní sraženiny v srdci nebo v cévách, nicméně vždy mohou díky svému účinku vést i k riziku krvácení. Po několik desítek let byl u pacientů s fibrilací síní k odvrácení mozkové příhody využíván zejména warfarin. Při jeho užívání museli pacienti dodržovat omezující dietu a často docházet na odběr krve, dle jehož výsledku se jednou měsíčně, a někdy i častěji, upravovala užívaná dávka.

V posledním desetiletí můžeme většinu pacientů léčit novými léky, které jsou oproti warfarinu účinnější v obraně proti mozkové příhodě a zároveň přinášejí nižší riziko krvácení. Není při nich nutno dodržovat speciální dietní opatření a používá se stabilní dávka nevyžadující časté krevní odběry. Díky těmto vlastnostem jsou odbornými společnostmi u většiny pacientů upřednostňovány před warfarinem a u naprosté většiny pacientů jsou již několik let hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.

INZERCE

EDUMED
...staráme se o vaše zdraví...

KARDIOLOGIE
4 SPECIALIZOVANÉ ODBORNÉ AMBULANCE

BROUMOV	Smetanova 91	tel.: 739 066 259
NÁCHOD	Pražská 1995	tel.: 725 917 287
JAROMĚŘ	Dr. Ed. Beneše 191	tel.: 722 190 777
HRADEC KRÁLOVÉ	Mánesova 646/16	tel.: 607 023 454

- ŠIROKÝ TÝM SPECIALISTŮ
- KLINICKÁ VYŠETŘENÍ
- AMBULANCE SRDEČNÍHO SELHÁNÍ
- EKG a tlakové HOLTRY ULTRAZVUKY SRDCE
- ZÁTĚŽOVÁ VYŠETŘENÍ JÍCNOVÁ ECHOKARDIOGRAFIE
- MODERNÍ FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA ÚČAST V KLINICKÉM VÝZKUMU

PRO OBJEDNÁNÍ VOLEJTE
od pondělí do pátku
od 10:00 do 15:30

www.edu-med.cz

Lékárna HAMRA Náchod

Pražská 1995, Náchod 547 01

Kontakt: **PharmDr. Josef Balcar**
Telefon: **498 100 232**

Nad rámec běžného lékárenského sortimentu nabízíme:

- **bezlepkové a dia doplňky**
- **přezůvková obuv Peter Legwood a FARE**
- **zdravotní a diabetická obuv**
- **zdravotní punčochy, ortézy**
- **obvazový materiál**

Proč bychom měli znát svoji hladinu cholesterolu?

Dokončení ze strany 1

Přestože moderní léčba infarktu myokardu založená na rychlém katetrizačním zprůchodnění postižené tepny dokáže u významného podílu pacientů zachránit ohroženou část srdečního svalu v celém rozsahu, u podstatného procenta část srdečního svalu odumírá a pacient pak po zbytek života trpí srdečním selháním. Bohužel ne všichni pacienti s akutním infarktem myokardu se stihnou ke zprůchodnění cév dostat včas – někteří umírají na infarktem vyvolanou poruchu rytmu dříve, než zavolají záchranku.

Další oblast, kde se aterosklerotický proces může významně projevit, představují tepny dolních končetin. Jejich postižení se projevuje nejprve bolestmi v dolních končetinách při chůzi, později i v klidu a v nejzávažnějších případech musí být přijato řešení ve formě amputace části končetiny.

Důležité je, že aterosklerotický proces postihující tepny je již poměrně dobře prozkoumán a jsou známy rizikové faktory, se kterými je rozvoj aterosklerózy spojen. Ateroskleróza (kornatění tepen) je způsobena pomalým, desítky let trvajícím ukládáním tuků, zejména cholesterolu, do cévní stěny, a proto nás nemůže překvapit, že ve větší míře se vyskytuje ve starším věku. Nicméně je známa celá řada rizikových faktorů, které mohou tento proces urychlovat a vést k významnému cévnímu postižení i u mladších osob. Mezi ty nejzásadnější patří zvýšená hladina cholesterolu a dalších rizikových tuků v krvi, zvýšený krevní tlak, cukrovka, kouření, nadváha a nedostatek pohybu. Všechna tato rizika jsou ovlivnitelná, a pokud dokážeme rizikové faktory dobře kontrolovat, můžeme aterosklerotický proces postihující naše cévy zpomalit, nebo dokonce prakticky zastavit, což významně sníží rizika výskytu zmiňovaných cévních mozkových příhod a srdečního infarktu.

Ovlivnění hladiny cholesterolu jednoznačně patří k nejefektivnějším způsobům, jak zabránit výskytu aterosklerotických kardiovaskulárních onemocnění. Cholesterol je tuk, který částečně získáváme z potravy a částečně jej vyrábíme v játrech. V krvi se nepohybuje samostatně, ale je součástí větších částic (lipoproteinů) obsahujících speciální bílkoviny (proteiny) a další tuky (lipidy). Právě druh bílkoviny v těchto částicích určuje, kde nakonec cholesterol obsažený v lipoproteinových částicích skončí. K základním podtypům těchto částic patří částice LDL a HDL. Zjednodušeně se dá říci, že částice HDL nesou přebytečný cholesterol ke spálení do jater a jejich mírně zvýšená koncentrace je považována za ochranný faktor. Proto se HDL cholesterol také někdy nazývá „hodným“ cholesterolem. Oproti tomu částice LDL přenáší cholesterol z jater do dalších částí organismu. Pokud je koncentrace LDL částic nízká, je takto transportovaný cholesterol využit v různých tkáních, při vyšších

koncentracích je ale přebytečné množství ukládáno do cévních stěn, což může vést k poruše prokrvení různých částí těla. Proto také cholesterol nesený v LDL částicích někdy nazýváme cholesterolem „zlým“. Již mírně zvýšené koncentrace tohoto „zlého“ LDL cholesterolu v krvi mohou svým nositelům přinášet určité riziko, které se násobí zejména při současném výskytu dalších rizikových faktorů. Proto pro ovlivňování hladin LDL cholesterolu volíme pro různé skupiny pacientů jiné hodnoty, na které se chceme dostat. Vycházíme přitom z výpočtu individuálního rizika kardiovaskulárních příhod v příštích deseti letech na základě věku, zjištěného kuřáctví či nekuřáctví, přítomnosti diabetu, hodnot cholesterolu a výše uvedeného krevního tlaku. U mladých zdravých lidí bez rizikových faktorů je riziko kardiovaskulární příhody v příštích letech nízké a zde je doporučováno cílit na koncentraci LDL cholesterolu v krvi pod 3 mmol/l. Pokud máme před sebou padesátiletého muže s vysokým krevním tlakem, dopočítáme se nejčastěji k tomu, že riziko významné cévní příhody v příštích deseti letech je na úrovni několika mála procent, a toto riziko již hodnotíme jako riziko střední. V takovém případě léčíme intenzivněji a snažíme se docílit hodnot LDL cholesterolu pod 2,6 mmol/l. Ještě nižších hodnot musíme docilovat při kombinaci rizikových faktorů ve vyšším věku nebo u pacientů s cukrovkou – tam již rizika výskytu významné příhody přesahují 5 či 10 % a hodnotíme je jako rizika vysoká, či velmi vysoká. Naším cílem je pak dosažení hodnot LDL cholesterolu pod 1,8 mmol/l nebo 1,4 mmol/l. Ve velmi vysokém riziku jsou také všichni pacienti, kteří již prodělali infarkt myokardu, cévní mozkovou příhodu nebo jsou po intervenčním katetrizačním či chirurgickém zákroku na cévách. Pokud se u nich i při zavedené léčbě příhoda opakuje, hodnotíme jejich riziko jako extrémní a v takovém případě se snažíme snížit LDL cholesterol pod hodnotu 1,0 mmol/l.

K dosažení cílových hodnot LDL cholesterolu pod 3 mmol/l u mladých pacientů mnohdy dostačuje vhodná strava a dostatek pohybu. U většiny pacientů se ale potřebujeme dostat na nižší hodnoty a tam se již neobejdeme bez pomoci léků. K těm nejvíce používaným patří statiny, které jasně prokázaly, že dokáží zabránit aterosklerotickým komplikacím včetně úmrtí na kardiovaskulární příhody. Někdy je musíme nasadit v kombinaci s dalšími léky užívanými v tabletách a v poslední době i ve formě injekcí. Injekční léčba ke snižování LDL cholesterolu spočívá v podávání podkožních injekcí (u některých přípravků 1x za 14 dnů nebo 1x za měsíc – pacient si může aplikovat lék sám doma, u jiných přípravků 1x za 3 nebo za 6 měsíců). Tato léčba je určena pro pacienty, u kterých léčba pomocí tablet není dostatečně účinná, nebo když tyto léky pacient nesnáší.

JAKÝ MÁ BÝT NÁŠ LDL CHOLESTEROL?

Kardiovaskulární riziko	**Příklad** (na vaše individuální riziko se ptejte vašeho lékaře)	**Cílová hodnota LDL cholesterolu**
nízké	Mladí, relativně zdraví lidé	pod 3,0 mmol/l
střední	Středně starý pacient s vysokým krevním tlakem	pod 2,6 mmol/l
vysoké	Pacient s cukrovkou	pod 1,8 mmol/l
velmi vysoké	Starší pacient s cukrovkou a dalšími rizikovými faktory, pacient po infarktu či mozkové příhodě	pod 1,4 mmol/l
extrémní	Pacient po opakovaných infarktech	pod 1,0 mmol/l

Nový způsob stanovení bílkoviny v moči odhalí nejen onemocnění ledvin, ale i cév

Stanovení přítomnosti bílkoviny v moči je stará laboratorní metoda, která dokáže odhalit zejména zánětlivá onemocnění ledvin a močových cest. Nověji je často doplňována přesným stanovením močové koncentrace albuminu, což je bílkovina, jejíž přestup do moči je specifičtější i pro méně pokročilá ledvinná onemocnění. Jedná se o bílkovinu s poměrně malou velikostí, která se v moči objevuje při poškození bariéry mezi cévním řečištěm a počátkem systému, v němž se tvoří moč, a její prostup je tak nejen projevem celé řady onemocnění ledvin, ale i časným ukazatelem poškození výstelky cév.

Laboratorně vyšetřovat koncentraci albuminu v moči je doporučováno zejména u rizikových pacientů s vysokým krevním tlakem, cukrovkou nebo s již rozvinutým srdečním či cévním onemocněním. Zvýšená koncentrace u pacientů s cukrovkou dokáže odhalit ledvinné komplikace ve velice časném stadiu, ve kterém lze efektivně terapeuticky zasáhnout a významně ovlivnit rychlost progrese dalšího poškozování ledvin. Díky tomu lze významnou část pacientů uchránit před konečným stádiem ledvinné nedostatečnosti, která – pokud není řešena dialýzou nebo transplantací–, končí smrtí. Léčba přitom není složitá – spočívá v podávání vybraných léků na vysoký krevní tlak a cukrovku, které zároveň dokáží chránit i ledviny a srdce. Ještě větší skupinu pacientů, u kterých má význam albumin v moči vyšetřovat, představují pacienti se zvýšeným krevním tlakem. Nález zvýšené hladiny albuminu v moči je spojen s výrazně zvýšeným rizikem ischemické choroby srdeční a srdečním selháním. Riziko srdečního selhání je přitom zvýšené až třikrát – na obdobnou úroveň jako u pacientů po prodělaném srdečním infarktu. Nález zvýšeného množství albuminu přitom není vzácný – ve věku nad 65 let je přítomný až u 40 % diabetiků a až u 20 % lidí bez cukrovky. Opakovaně zvýšený močový albumin je přitom jeden z nálezů svědčících chronickém onemocnění ledvin, které je až v 60 % případů provázeno i souběžným kardiovaskulárním onemocněním.

Pro samotného pacienta se přitom vyšetření v posledních letech významně zjednodušilo. V minulosti bylo nutno ke zhodnocení albuminu vyšetřit vzorek moči sbírané 24 hodin, nyní stačí vyšetření malého vzorku moči ranní. Vyšetření je hrazeno ze zdravotního pojištění a mohou jej kromě nefrologů využívat praktičtí lékaři, ale například i kardiologové, diabetologové a internisté. Výsledek je k dispozici do druhého dne a na jeho základě mohou lékaři pak doplnit další potřebná vyšetření nebo zahájit léčbu.

Laboratorně vyšetřovat koncentraci albuminu v moči je doporučováno zejména u rizikových pacientů s vysokým krevním tlakem, cukrovkou nebo s již rozvinutým srdečním či cévním onemocněním.

Přestože se jedná o jednoduché a užitečné laboratorní vyšetření, není zatím v praxi dostatečně využíváno. Nedávno provedený výzkum mezi 1200 praktickými lékaři v Německu ukázal, že vyšetření albuminu v moči provádějí jen u 8 % svých pacientů. Aktuální doporučení odborných společností přitom uvádějí, že by toto vyšetření mělo být provedeno u každého pacienta se zvýšeným krevním tlakem a u pacientů s cukrovkou by mělo být prováděno každý rok. Příčinou toho, že se na toto vyšetření poněkud zapomnělo, byly zejména omezené možnosti, jak při pozitivním nálezu bránit dalšímu poškozování ledvin. Donedávna v této oblasti jedinou farmakologickou možnost představoval správný výběr léků na vysoký krevní tlak, kdy dvě podskupiny těchto léků dokázaly chránit ledviny více než podskupiny ostatní. V posledních letech však tato oblast byla podrobena rozsáhlému výzkumu, který u široké škály ledvinných onemocnění prokázal významný efekt léků ze skupiny gliflozinů, které původně byly určeny k léčbě cukrovky a následně i srdečního selhání. Tyto léky dokáží zlepšit prognózu pacientů s onemocněním ledvin i u pacientů bez cukrovky, u pacientů s cukrovkou jsou pak možnosti na základě posledních výzkumů ještě širší. V této souvislosti nález zvýšeného množství albuminu v moči neznamená již pouze konstatování, že stav ledvin a cév vyšetřeného pacienta není dobrý, ale otevírá nám cestu k léčbě, která jej může významně zlepšit.

Doporučená strava při zvýšené hladině cholesterolu v krvi

Cholesterol je sice látka, kterou naše tělo potřebuje pro stavbu buněčných membrán, pro tvorbu některých hormonů a žlučových kyselin, které jsou součástí žluči. U podstatné části české populace je ale hladina celkového, a zejména pak rizikového LDL cholesterolu příliš vysoká, což významně zvyšuje riziko aterosklerotického postižení cév. Zatímco farmakoterapie je v této oblasti extrémně účinná – kombinací léku lze hladiny LDL cholesterolu snížit až o 85%, nefarmakologická opatření mají podstatně menší efekt. Úprava stravy vede většinou k poklesu LDL cholesterolu pouze o 10-15%, její nezastupitelné místo v léčbě pacientů s vysokými hladinami cholesterolu spočívá v komplexním působení na zdravotní stav, což je naším léčebným cílem. Samotná úprava stravovacích způsobů dokáže sice znormalizovat zvýšené hladiny LDL cholesterolu pouze u méně závažných forem a ve většině případů musíme tento přístup kombinovat s užíváním léků, ale při rezignaci na správné stravování hrozí pacientům další souběžné nemoci – obezita, cukrovka 2. typu, vysoký krevní tlak nebo dna, které pak spolu se zvýšenou hladinou cholesterolu násobí riziko srdečních a cévních komplikací.

Dále je nutno si uvědomit, že převážná část cholesterolu v našem těle nepochází přímo z potravy. Zatímco denně v potravě přijímáme okolo 300 mg cholesterolu, naše játra každý den vyrábí 1 000 mg cholesterolu, tedy přibližně 3 x více. Proto doporučovaná úprava stravy netkví pouze v omezení příjmu samotného cholesterolu, ale i v omezení dalších látek, které zvyšují vlastní jaterní produkci. K nim patří zejména nenasycené tuky a trans tuky.

Nasycené tuky (tuky s nasycenými mastnými kyselinami) jsou obsaženy zejména v tučných potravinách živočišného původu. Z mastných výrobků k nim patří zejména sádlo, uzeniny (salámy, klobásy, slanina) a tučná masa (například vepřový bůček, ale i drůbeží kůže), z mléčných máslo, smetana, ale i smetanové jogurty a tučné síry. Zdrojem nasycených tuků jsou ale i některé rostlinné produkty, zejména s obsahem kokosového a palmojádrového tuku. Ty jsou široce využívány při výrobě pekárenských a cukrárenských produktů a ne všichni si uvědomují, že tyto výrobky nejsou jen sladké, ale i tučné. Další riziko přináší produkty „rychlého občerstvení“, které navíc mnohdy obsahují takzvané trans nenasycené mastné kyseliny (vznikají například při smažení), které jsou ještě rizikovější než mastné kyseliny nasycené. Výše uvedeným potravinám je proto dobré se vyhnout a nahradit je vhodnějšími. Místo másla a sádla je možné používat kvalitní margaríny s obsahem polynenasycených mastných kyselin (například Rama, Flora), z olejů jsou doporučovány olivový, sójový, řepkový či lněný. Tučné maso v jídelníčku můžeme nahradit libovým, další možnou alternativou je konzumace sladkovodních či mořských ryb. Zde se nemusíme obávat ani těch tučných (losos, makrela, tuňák), protože jejich tuk obsahuje vhodné polynenasycené mastné kyseliny. Z mléčných výrobků je vhodné k pravidelné konzumaci vybírat nízkotučné. Kromě hlídání tuku je třeba ve stravě věnovat pozornost i dalším složkám. Obecně nevhodnou složkou stravy jsou sladkosti a slazené nápoje, které obsahují jednoduché cukry. Jako zdroj sacharidů jsou doporučovány zejména celozrnné výrobky, luštěniny, brambory, rýže. Strava by měla obsahovat rovněž co nejvíce čerstvé zeleniny a ovoce, které jsou nejen zdrojem potřebných vitaminů a minerálů, ale rovněž prospěšné vlákniny. Z rostlinných produktů je dále doporučována pravidelná konzumace ořechů a semínek. Vyvarovat bychom se naopak měli nadměrné konzumace alkoholických nápojů, která může nepříznivě zvyšovat hladinu dalších rizikových krevních tuků – triglyceridů. V rámci doporučení širších režimových opatření nesmíme u pacientů se zvýšenou hladinou cholesterolu zapomenout ani na dostatečnou pohybovou aktivitu, optimalizaci tělesné hmotnosti a trvalé nekouření.

Syndrom obstrukční spánkové apnoe

Syndrom spánkové apnoe je onemocnění, které je charakterizováno opakovanými zástavami dechu ve spánku a postihuje v různých zemích 9 až 36 % lidí. Celosvětově se odhaduje, že může postihnout až skoro miliardu lidí.

Větší riziko vzniku obstrukční spánkové apnoe mají muži zejména s nadváhou či obezitou. Dále kuřáci, pacienti s nemocemi štítné žlázy, cukrovkou, nebo lidé užívající léky na spaní, případně jiné léky na uvolnění svalů. Rizikem je vyšší obvod krku nebo vrozené anatomické poměry, jako je ustupující brada, zvětšení krčních mandlí nebo porucha nosní přepážky.

Ve spánku dochází přirozeně k uvolnění prakticky všech svalů kromě bránice, a to včetně těch, které za normálních okolností udržují průchodnost horních dýchacích cest. Uvolněním těchto svalů se zvyšuje šance na „ucpání“ horních dýchacích cest, např. pokud zapadne jazyk nebo měkké patro a podobně. V tu chvíli dojde k zástavě dýchání v trvání od deseti sekund až do více než minuty. V momentě, kdy již hrozí závažné odkysličení organismu, dochází k mikro probuzením, tělo spícího člověka se probudí do polospánku, aby zapojil svaly horních cest dýchacích, čímž je uvolní a nadechne se. Poté člověk opět upadá do spánku, proto si svůj stav většinou vůbec nepamatuje a o zástavách dechu jej často informuje až partner. Sám nemocný může pozorovat jen ranní suchost v ústech, únavu, případně bolesti hlavy. Přes den může být unavený a nevýkonný. Diagnózu pak zjistíme jednoduchým vyšetřením – polygrafií. Pacient dostane na noc přístroj – malou krabičku, která se připne pásem na hrudník. Zároveň má pacient na prstě saturační čidlo, jaké mívají lidé po COVIDu běžně i doma, a hadičku k nosu (podobnou, jakou se podává v nemocnici kyslík). Přístroj zaznamenává, zda pacient dýchá, zda chrápe, kolik má v krvi kyslíku a tepovou frekvenci včetně jednoduchého záznamu EKG. Ráno pacient přístroj vrátí a lékař vyhodnotí, zda byly zachyceny zástavy dechu a jaké. Podle četnosti zástav dechu ve spaní rozlišujeme lehký, středně těžký a těžký syndrom spánkové apnoe.

Během zástavy dechu dochází k poklesu množství kyslíku v krvi a tělo reaguje stresem a vyplavením hormonů stresu, jako je adrenalin, kortizol a podobně. Tento stav je extrémně zatěžující pro srdce, které je při aktuálním nedostatku kyslíku adrenalinem nuceno k intenzivnější činnosti. To může časem vést k jeho poškození.

Studie prokázaly, že pokud se pacienti s těžkým syndromem spánkové apnoe neléčí, tak do 12 let umírá na poškození srdce více než 15 % z nich, tj. každý sedmý nemocný. Během 15 let se vyskytne vysoký krevní tlak u 90 % nemocných se spánkovou apnoe. Naproti tomu u pacientů bez spánkové apnoe se vysoký krevní tlak dle studie vyskytne jen asi v 50 %. Nemocní s neléčenou spánkovou apnoe mají téměř dvojnásobné riziko mozkové mrtvice. Nemocní se spánkovou apnoe bez léčby mají o více než 80% vyšší riziko nového infarktu oproti pacientům, kteří se se spánkovou apnoe léčili.

Léčba spánkové apnoe zahrnuje několik možností, které se můžou vzájemně doplňovat. Zlatým standardem s nejlepším účinkem je léčba přístrojem, který v noci pomáhá díky tlaku vzduchu udržovat nemocným průchodné dýchací cesty. V podstatě se jedná o malou krabičku na nočním stole, ke které je pomocí hadice připojena maska, kterou si pacient připíná před spaním na nos nebo na nos a pusu. Léčba se musí správně nastavit, proto je nutné nejprve vše vyzkoušet. V dnešní době již není obvykle nutné ležet v nemocnici, lze to provést doma na dálku. Při správném nastavení se obvykle kompletně ztratí denní únava pacienta a léčba, pokud je správně vedená a pacient ji pravidelně používá, vede ke snížení rizika poškození srdce. U pacientů, kteří netrpí denní únavou, se často stává, že léčbu dlouhodobě nechtějí používat. V takovém případě je někdy možné operačně upravit dýchací cesty, aby byly průchodnější, ale toto u dospělých pacientů často nevede k odstranění problému. U obézních pacientů je možné využít léčbu obezity, ať již pomocí diety, léků, nebo operace. Zejména léky a operace mají často velmi dobrý vliv na obezitu a následně i vymizení syndromu spánkové apnoe. Další možností jsou mentální protruzory. V zásadě se jedná o drobné zařízení podobné dětským rovnátkům na zuby, které dokáže předsunout čelist a snížit tak riziko dechových zástav. V případě, že pacient nemá pevný chrup, je však tato metoda nepoužitelná. Experimentálně se zkouší stimulátory podjazykového nervu.

Syndrom spánkové apnoe je závažné onemocnění, které se intenzivně studuje již 30 let, ale povědomí veřejnosti o této problematice je stále poměrně nízké. Příznaky mohou být únava, chrápání, sucho v ústech, u části nemocných ale příznaky chybí. V riziku jsou zejména obézní muži, s věkem riziko roste. Diagnostika je rychlá, spolehlivá a pro pacienta nezatěžující. Neléčený syndrom spánkové apnoe může vést k mnoha zdravotním komplikacím, které mohou být i smrtelné. Zejména pomocí přístroje, který u nemocných trpících únavou dokáže výrazně zlepšit kvalitu života a zcela odstranit denní únavu. Rovněž má při správném používání schopnost snížit riziko srdečních onemocnění. Alternativou přístrojové léčby je zejména léčba obezity, která rovněž může zlepšit život nemocných. Ostatní možnosti mají sporný efekt, nebo jsou experimentální.

MUDr. Michal Švarc

Pohybová aktivita při srdečních onemocněních

Obecně je známo, že pohybová aktivita je jedním z klíčových faktorů pro udržení zdraví. Po dlouhá desetiletí je znám význam pohybu v prevenci onemocnění srdce a cév, v poslední době ale přibývají důkazy svědčící pro význam pohybové aktivity i u řady již rozvinutých kardiovaskulárních onemocnění.

Pravidelná pohybová aktivita dokáže příznivě ovlivnit celou řadu rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění, zejména těch, která jsou spojena s vysokým krevním tlakem a s aterosklerotickým postižením cév. Dostatečný objem pohybové aktivity vede k zvýšení kalorického výdeje a brání tak vzniku nadváhy a obezity. S tím je spojen i vliv pohybu na vznik cukrovky 2. typu – u osob fyzicky inaktivních je riziko vzniku tohoto onemocnění o 50 až 80 % vyšší než u osob fyzicky aktivních. U osob s takzvaným prediabetem (tedy náběhem na cukrovku, kdy se hladina krevního cukru nalačno pohybuje v hraničně zvýšeném pásmu mezi 5,6 a 6,9 mmol/l) má pohybová aktivita potenciál zabránit rozvoji samotné cukrovky, zejména je-li prováděna alespoň ve střední intenzitě. Dalšími faktory, které fyzická aktivita příznivě ovlivňuje, jsou hladiny krevních tuků. Vede ke 12% zvýšení hladiny „hodného“ HDL cholesterolu, nevýrazně snižuje hladiny „zlého“ LDL cholesterolu a významně, cca o 15 %, snižuje koncentraci rizikových triglyceridů.

Komplikovanější je vztah pohybu ke krevnímu tlaku. Zatímco při samotné pohybové aktivitě krevní tlak oproti klidovému stavu stoupá (mnozí pacienti to mohli pozorovat při podstoupení zátěžového vyšetření nebo při měření krevního tlaku bez náležitého odstupu od fyzické aktivity), tlak v delším odstupu po fyzické aktivitě oproti výchozímu tlaku klesá. Dlouhodobě má tak pohybová aktivita na krevní tlak příznivý vliv a u hypertoniků je proto doporučována. Vhodné je, aby byl před zahájením pravidelné fyzické aktivity krevní tlak zkompenzován.

Pohybovou aktivitu můžeme obecně dělit na dynamickou (aerobní) zátěž a odporový trénink. Oba tyto typy můžeme

provádět v nízké, střední či vysoké intenzitě. Příkladem aerobní aktivity proveditelné i v nízké intenzitě je rychlejší chůze, pomalý běh, pomalý běh na běžkách či rekreační plavání. Odporový trénink o nízké intenzitě může zahrnovat cvičení s vlastní tělesnou váhou (například provádění dřepů) či s nářadím (například cvičení s činkami nebo na posilovacích strojích). K posouzení intenzity pohybové aktivity existuje několik možností, orientačně lze využít testu mluvením. Při nízké intenzitě zátěže je cvičící schopen při aktivitě zpívat, při střední intenzitě zvládne pronést během cvičení krátkou větu bez nadechnutí. Při vysoké intenzitě zátěže se musí někdy i opakovaně nadechovat i v průběhu vyslovení krátké věty. Oba tyto typy cvičení zvyšují tělesnou zdatnost, snižují výskyt srdečního infarktu, cévní mozkové příhody a úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění. Pravidelný pohyb rovněž snižuje riziko depresí a demence.

Je pochopitelné, že pohybovou aktivitu je třeba přizpůsobit nejen věku, ale i aktuálnímu zdravotnímu stavu. S Vaším lékařem je vhodné probrat nejen její vhodný typ, ale i intenzitu, trvání a frekvenci zátěže. Pro relativně zdravé dospělé osoby je obecně doporučováno 150–300 minut pohybové aktivity o střední intenzitě týdně nebo 75–150 minut o vysoké aktivitě a k tomu 2–3 x týdně odporový trénink. Jako doplňkové cvičení bez přímého vlivu na kardiovaskulární systém je vhodné k prevenci poranění zařadit i cvičení ohebnosti a u starších osob cvičení rovnováhy.

INZERCE

SPORTOVNÍ MEDICÍNA

EDUMED
...staráme se o vaše zdraví...

Základní sportovní prohlídka bez zátěže

Sportovní prohlídka se zátěží
BICYKLOVÁ ERGOMETRIE

Sportovní vyšetření se zátěží
SPIROERGOMETRIE

722 190 777
Dr. Ed. Beneše 191, JAROMĚŘ
www.edu-med.cz

PRO OBJEDNÁNÍ VOLEJTE
od pondělí do pátku, od 10:00 do 15:00

VESELÁ TROJKA

PAVLA KRŠKY

Sobota **1. března 2025** od 18 hodin

Národní dům Trutnov

Bezvaakce.cz

UFFO TRUTNOV

Roman MÁLEK 1981

R36.cz agentura pro reklamu a eventy

MUDr. JIŘÍ VESELÝ

Předprodej vstupenek ve Společenském centru Trutnovska pro kulturu a volný čas UFFO, Informačním centru na on-line **www.bezvaakce.cz** nebo prostřednictvím QR kódu.

INZERCE

Co je to krevní tlak a jaký jej máme mít?

Pod běžně užívaným pojmem krevní tlak rozumíme krevní tlak v tepnách velkého krevního oběhu, který můžeme poměrně snadno neinvazivně měřit v ordinacích i v domácím prostředí. Na jeho výši se odráží činnost levé části srdce, zejména levé komory srdeční, která krev vhání do široké tepny aorty (česky nazývána srdečnice), odkud krev proudí větvícími se cévami do celého těla. Druhým velice podstatným faktorem ovlivňujícím krevní tlak je chování malých tepen. Pokud se díky aktivitě hladkého svalstva tyto malé tepny zúží, omezí průtok krve z velkých tepen do vlásečnic a ve velkých cévách, kde jej měříme, krevní tlak stoupne. Zároveň toto zúžení může omezit průtok krve do orgánů a tkání. Naopak při relaxaci hladkého svalstva malých tepen krev z velkých cév do vlásečnic proudí snáze a krevní tlak ve velkých tepnách klesá.

Krevní tlak v tepnách vlnkovitě kolísá – vždy stoupne po vypuzení krve do aorty při systole (stahu neboli kontrakci) levé komory srdeční a pak v průběhu diastoly (uvolnění neboli relaxace) levé komory srdeční postupně klesá, aby znovu stoupl při další systole. Při měření tlaku krve obvykle zaznamenáváme obě tyto hodnoty a vyjadřujeme je v mmHg – tedy v milimetrech rtuťového sloupce. Vycházíme z desetiletí používané metody měření krevního tlaku rtuťovým tlakoměrem, kdy výše rtuťového sloupce zachycená při objevení se a zmizení ozev při poslechu nad tepnou v předloktí odpovídá hodnotě krevního tlaku. Přestože tato metoda byla díky omezenému používání rtuti již většinově nahrazena měřením krevního tlaku automatickými tlakoměry, zavedené, již „tradiční“ jednotky používáme dále. Výsledná hodnota krevního tlaku se vyjadřuje dvěma čísly oddělenými lomítkem – např. 120/80 mmHg, přičemž první odpovídá systolickému a druhé diastolickému krevnímu tlaku.

Zatímco určitá výše krevního tlaku je nutná pro udržení krevního oběhu a dostatečné zásobování orgánů a tkání krví, příliš vysoké hodnoty přinášejí rizika. Vysoký krevní tlak (hypertenze) zatěžuje srdce a v dlouhodobém horizontu může vést k jeho selhání. Zároveň při něm dochází k poškozování ledvin, oční sítnice a rovněž urychluje aterosklerotický proces ve všech tepnách.

Názory na to, jaký krevní tlak je pro organismus ideální a jaký je rizikový, vycházejí z rozsáhlých výzkumů, které zkoumaly vliv krevního tlaku u lidí různého věku s různými onemocněními. Ukázalo se, že většina lidí má v ordinaci lékaře vyšší krevní tlak než v domácím prostředí a doma je vyšší tlak ve dne než v noci při spánku. Proto je při hodnocení krevního tlaku důležité, kde a kdy jsme jej měřili.

Nejčastěji je diskutován krevní tlak změřený v ordinaci lékaře. Jeho opakovaně zjištěná systolická hodnota vyšší nebo rovna 140 mmHg nebo diastolická hodnota vyšší nebo rovna 90 mmHg znamenají diagnózu hypertenze a nutnost léčby, která brání zvýšenému riziku srdečního infarktu, mozkové mrtvice, srdečního selhání a poškození ledvin. Hodnoty pod 120 mmHg v systole a pod 80 mmHg v diastole představují optimální krevní tlak. Hodnoty mezi 130–140 mmHg a dle některých odborníků již od 120 mmHg spadají do kategorie zvýšeného krevního tlaku – určitého mezistupně mezi optimálním krevním tlakem a hypertenzí, protože tyto hodnoty již mírné zvýšení rizika srdečních a cévních komplikací představují a v některých situacích je vhodné i zde využít farmakologickou léčbu.

Pokud si měří pacient krevní tlak v domácím prostředí, platí hodnoty jiné. Za hypertenzi (vysoký krevní tlak) považujeme tlak již od 135 mmHg v systole a 85 mmHg v diastole. Pokud k hodnocení krevního tlaku využijeme 24hodinové monitorování (nazýváme jej též tlakový Holter), jako hypertenzi označujeme nález průměrné hodnoty vyšší nebo rovné 135/85 mmHg v průběhu dne a průměrné hodnoty vyšší nebo rovné 120/70 mmHg měřené v průběhu noci.

POMŮCKA: ABNOT, NER, SALAM	SONDA	POLSKÁ ŘEKA	VOLNÁ ENERGIE CHEMICKÉ REAKCE	HLUBOKÝ VÝSTŘIH	EVROPANI	POZPOUŠTĚTI SE TEPLEM	KÓD ITÁLIE		ALENČIN	JAPON. SÍDLO NA OSTROVĚ KAMINOŠIMA	PÁSKY KOLEM KRKŮ ZVÍŘAT	HLADKÁ VLASOVÁ TKANINA		DOUŠEK	OBCHODNÍ AKADEMIE	ZAKULACENÍ	LEŽENÍ
LÁKATI								JMÉNO KOMENSKÉHO					BOXERSKÝ ÚDER				
SLOHOVÝ ÚTVAR								BÝVALÝ ČES. HOKEJISTA / PŘEMÝŠLET					OBEC U ŠUMPERKA / NÁZEV ZNAČKY DUSÍKU				
CVIČEBNÍ ÚBOR							DĚLOSTŘELECKÁ ZBRAŇ / NEZTVRDNOUT NA POVRCHU								JEDNOTKA SVĚTELNÉHO ROKU / TVOŘITI LEM		
	MLADÝ ČLOVĚK (NÁŘEČ)	TAJENKA / OMEGA (ASTR)												VHODNĚJI / OBYTNÝ PŘÍVĚS			
OMÁMENÉ ALKOHOLEM						SPZ ESSLINGEN (NĚMECKO) / CITOSLOVCE PODIVU			SPZ OSTRAVY	INICIÁLY BÁSNÍKA TOMANA / KRÁTKOZRAKOST			MPZ KEMPTEN (NĚMECKO) / ŠOUREK (MED.)			PŘIVÍTAT	MOJE
NEJZNÁMĚJŠÍ ČESKÝ ZPĚVÁK ČESKÉ POPOVÉ HISTORIE					ČÁST PLIEŠOVCE / ZN. RUBIDIA							SAHARSKÝ VÍTR / ČESKÁ POLITICKÁ STRANA					
PLANETKA				TENISOVÉ PÁLKY / NEJDELŠÍ ŘEKA VE ŠVÝCARSKU							ŽLUTOHNĚDÉ / MÍRA ZESLABENÍ NEBO ZESÍLENÍ ELEK. SYSTÉMU						
ZKR. RUKOPISU KRÁLOVEDVORSKÉHO			AMERICKÉ PŘÍJMENÍ / TANEČNÍ MÍSTNOST						TAJENKA 2 / SPZ OSTRAVY								ETIOP. HORA V POHOŘÍ MENSA
	MYŠLENÁ STŘEDOVÁ ČÁRA / INIC. HERCE SKOPALA				ZN. ERBIA / INIC. MONTANDA			POŘIZOVATI OPIS / HEYERDAHLŮV ČLUN									
NESHODY						ZNAČKA LYŽÍ						ČLEN KOČOVNÉHO KMENE					
PÁKISTÁN. JADERNÝ FYZIK (1926-96), NOSITEL NC						MASTEK						POSTAVA Z WEST SIDE STORY					

Vyhrajte dárkové balení Centrum Multivitamíny. Tajenku zasílejte na adresu novinynejenozdravi@seznam.cz do 30. 4. 2025. Výherce bude následně vyrozuměn a zveřejněn.

INZERCE

ENERGETICKY ÚČINNÉ SKUPINOVÉ CVIČENÍ NA STACIONÁRNÍM KOLE

KDE?
STADION ST. OPOČENSKÉHO (FOTBALOVÝ STADION)

KDY?
DLE ROZVRHU NA WEBU

CENA?
100 KČ ZA LEKCI
ZVÝHODNĚNÉ PERMANENTKY

KARDIOVASKULÁRNÍ CVIČENÍ

SPINNING BROUMOV

Využijte skvělou a vysoce efektivní možnost aktivního odpočinku!
Spojení hudby, motivace a představivosti.

Více informací:
www.broumovindoorcycling.webnode.cz
tel.: 605 867 651

SPINNING SPONZORUJE:

EDUMED
...staráme se o vaše zdraví...

Výstava fotografií živočichů malých forem
MIKROKOSMOS
JIŘÍ FLEGR
7.2.-1.3. 2025
Galerie LOKART
Mírové náměstí 104, Broumov
Vernisáž výstavy v pátek 7. 2. 2025 v 18:00 , otevřeno vždy 8 – 16
Ve spolupráci s Městem Broumov pořádá DDM Lilia Broumov
BROUMOV

Srdečně zveme na přednášku
MUDr. Jiřího Veselého na téma

ONEMOCNĚNÍ SRDCE A CÉV

Vstup zdarma!

MUDr. JIŘÍ VESELÝ

11. 3. 2025 od 17.00
Dvůr Králové nad Labem
– Hankův dům, Městské kulturní zařízení, nám. V. Hanky 299

19. 3. 2025 od 17.00
Trutnov
UFFO Společenské centrum Trutnovska pro kulturu a volný čas,
náměstí Republiky 999

1. 4. 2025 od 17.00
Vrchlabí
Kulturní dům Střelnice,
Vančurova 378

Sledujte nejenom události,
ale i zajímavé články na
www.mudrjirivesely.cz

INZERCE