



# LÉČBA ZÁVISLOSTI NA TABÁKU V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

Doporučený diagnostický a léčebný postup  
pro všeobecné praktické lékaře  
2005

**Autoři:**

Jozef Čupka  
Karel Nešpor  
Eva Králíková  
Karel Dohnal  
Cyril Mucha  
Stanislav Konštický

**Oponenti:**

Svatopluk Býma  
Richard Češka  
Lumír Komárek  
Stanislav Kos  
Zuzana Miškovská  
Jiří Vorlíček



**Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře**  
Společnost všeobecného lékařství, U Hranic 16, Praha 10



**Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře**  
Společnost všeobecného lékařství, U Hranic 16, Praha 10

# **LÉČBA ZÁVISLOSTI NA TABÁKU V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE**

Doporučený diagnostický a léčebný postup  
pro všeobecné praktické lékaře.  
2005

## **Autoři:**

MUDr. Jozef Čupka, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP  
Doc. MUDr. Karel Dohnal, CSc., Společnost hygieny a komunitní medicíny ČLS JEP  
MUDr. Stanislav Konštický, CSc., Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP  
MUDr. Eva Králíková, Csc., Pracovní skupina pro prevenci a léčbu závislosti na tabáku ČLS JEP  
MUDr. Cyril Mucha, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP  
Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc., Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP

## **Oponenti:**

Doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP  
Doc. MUDr. Richard Češka, CSc., Česká společnost pro aterosklerosu  
Doc. MUDr. Lumír Komárek, CSc., Státní zdravotní ústav, Praha  
Prim. MUDr. Stanislav Kos, CSc., Česká pneumologická a ftizeologická společnost ČLS JEP  
MUDr. Zuzana Miškovská, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP  
Prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc., Česká onkologická společnost ČLS JEP

## OBSAH

<b>1. ÚVOD</b> .....	1
<b>2. OBECNÁ CHARAKTERISTIKA ZÁVISLOSTI NA TABÁKU V ČR</b> .....	1
<b>3. ZÁKLADNÍ VÝVOJOVÉ SCHÉMA PŘÍSTUPU K PACIENTOVI</b> .....	1
<b>4. DIAGNOSTIKA</b> .....	1
<b>5. LÉČBA ZÁVISLOSTI NA TABÁKU</b> .....	1
<b>5.1 Krátká intervence</b> .....	1
<b>5.2 Farmakoterapie</b> .....	3
5.2.1 Náhradní terapie nikotinem (NTN) .....	3
5.2.2 Bupropion .....	3
5.2.3 Kombinace NTN a bupropionu .....	4
5.2.4 Používání clonidinu a nortriptylinu (léky 2. linie) .....	4
5.2.5 Nedoporučované metody .....	4
5.2.6 Intenzivní léčba .....	4
5.2.7 Doporučení pro specifické skupiny .....	4
<b>6. POSILOVÁNÍ MOTIVACE K ABSTINENCI</b> .....	5
<b>7. PŘEDCHÁZENÍ RECIDIV U EXKUŘÁKŮ</b> .....	5
<b>8. INTERVENCE U RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ PACIENTŮ A V PRACOVNÍM PROSTŘEDÍ</b> .....	6
<b>9. ZÁVĚR</b> .....	6
<b>10. LITERATURA A WEBOVÉ STRÁNKY</b> .....	6
<b>PŘÍLOHA Č. 1:</b> <b>DIAGNOSTIKA PORUCH PŮSOBENÝCH TABÁKEM PODLE MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ (MKN-10)</b> .....	7
<b>PŘÍLOHA Č. 2:</b> <b>FAGERSTÖMŮV TEST ZÁVISLOSTI NA NIKOTINU</b> .....	9
<b>PŘÍLOHA Č. 3:</b> <b>STRUKTURA TYPICKÉHO PROGRAMU ODVYKÁNÍ KOUŘENÍ V ORDINACI</b> .....	9

## 1. ÚVOD

Kouření tabáku představuje nejčastější etiologii úmrtí, které lze předejít. Význam praktických lékařů je zásadní a nezastupitelný vzhledem k jejich velkému počtu, častému a úzkému kontaktu s pacienty, dobré dosažitelnosti a k počtu kuřáků mezi jejich pacienty. V tomto textu se klade důraz na stručnost, jasnost a použitelnost v praxi. Vycházeli jsme z ověřených doporučení amerických (1), skotských (2), britských (3) a práce autorů z ČLS JEP v roce 2005 (4). Praktické lékaře s hlubším zájmem o závislosti na nikotinu odkazujeme na literaturu a internetové stránky uvedené v závěru DP.

## 2. OBECNÁ CHARAKTERISTIKA ZÁVISLOSTI NA TABÁKU V ČR

V ČR umírá ročně celkem cca 100 000 osob, ze kterých zhruba 1/5 (18 000) osob na nemoci způsobené kouřením. Téměř 2/3 (14 000) z nich jsou osoby ve středním věku (35 – 69 let). Tato úmrtí se tedy netýkají pouze starých lidí, ale často společensky i ekonomicky aktivních lidí středního věku. Každý druhý muž, kterému je v ČR letos 35 let, se nedožije své sedmdesátky, a to především z důvodů kardiovaskulárních a onkologických onemocnění, přičemž kouření je na 1. místě v úmrtích z tzv. preventabilních příčin (tj. těch, kterým bylo možno předejít). Závislost na tabáku jako diagnóza F.17 v Mezinárodní klasifikaci nemocí WHO (MKN–10) je chronické, recidivující a letální onemocnění, které v ČR zkracuje život polovině kuřáků v průměru o 15 let (5). Celková prevalence kouření u nás od listopadu 1989 mírně klesá, zhruba z 37 % v populaci nad 15 let v r. 1990 na dnešních 29–30 %, ovšem klesá spíše mezi staršími lidmi, naopak dramaticky roste mezi mladými (45–50 %) a hlavně mezi ženami. Mezi českými lékaři je kolem 20 % kuřáků, v rozmezí 16% (6) až 23 % (6), ale kouří i cca 39 % zdravotních sester (7).

V ČR chtějí přestat kouřit statisíce kuřáků z celkového počtu cca 2 milionů [poslední studie ukazují, že až 60–70% kuřáků, obdobně jako v EU, chce přestat (8.)]. Pro většinu je obtížné uspět, protože užívání tabáku je silnou závislostí (ne tedy pouze zlovykem,

jak je běžnou populací kouření tabáku často označováno) a v mnoha aspektech srovnatelné se závislostmi na heroinu, kokainu či alkoholu.

I když naprostá většina kuřáků zkusí přestat bez cizí pomoci, úspěšnost těchto pokusů bez odborné asistence je jen cca 2% (9).

## 3. ZÁKLADNÍ ALGORITMUS PŘÍSTUPU K PACIENTOVÍ

Obr. 1. Základní algoritmus přístupu k pacientovi

## 4. DIAGNOSTIKA

Diagnostika závislosti na tabáku podle MKN–10 (10) se řídí stejnými kritérii jako u jiných psychoaktivních látek – *kritéria závislosti uvádíme v příloze č. 1*. Je zde také uveden jednoduchý dotazník závislosti, který z MKN–10 vychází, a *diagnostická kritéria pro odvykací stav po tabáku*.

V diagnostice závislosti na tabáku se také používá *Fagerströmův dotazník – příloha č. 2*.

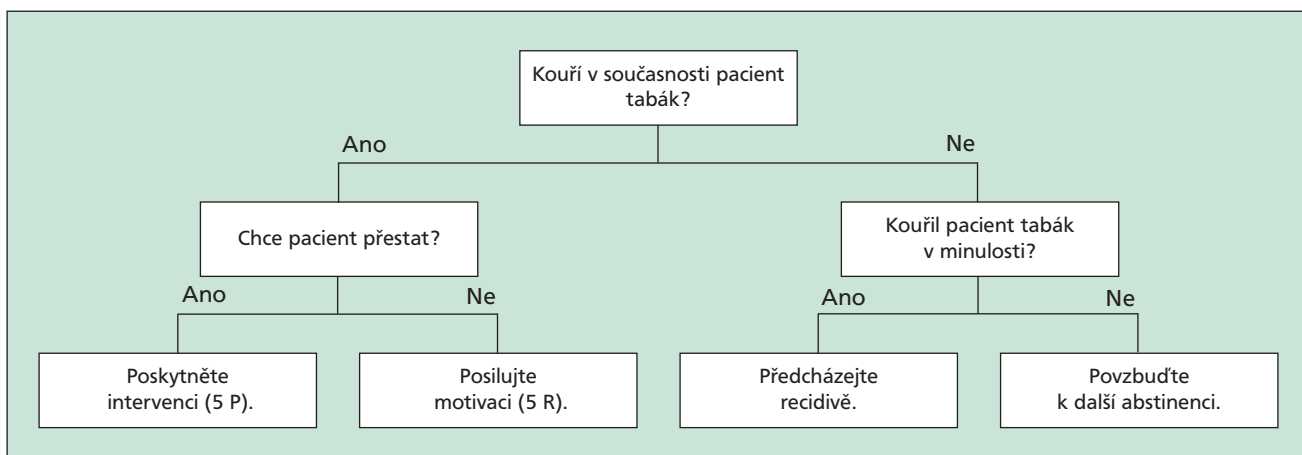
## 5. LÉČBA ZÁVISLOSTI NA TABÁKU – KRÁTKÁ INTERVENCE, FARMAKOTERAPIE

### 5.1. KRÁTKÁ INTERVENCE

(5 P – z anglického 5A) (1)

Pro jasnou a srozumitelnou demonstraci pomoci kuřákům v ordinaci PL (ale i ostatních lékařů) byla vytvořena krátká intervence 5 P (anglicky 5A). Má

Tab. č. 1: Základní algoritmus přístupu k pacientovi



názorně umožnit v čase cca 3 – 5 minut každému i velmi přetíženému lékaři, aby se věnoval pacientovi kuřákovi a pomohl mu buď přestat kouřit, nebo alespoň posílalo přesvědčení o nutnosti kouřit přestat. Výrazem „5 P“ (v angličtině „5 A“) se míní Ptát se (Ask), Poradit (Advise), Posoudit ochotu přestat (Assess), Pomoci (Assist), Plánovat kontroly (Arrange follow-up) (1).

#### a) Ptát se

Praktický lékař\* (dále jen „PL“) se ptá každého pacienta, zejména při preventivní prohlídce, zda kouří tabák nebo kouřil v minulosti.

Tuto informaci zaznamená ve zdravotní dokumentaci:

kuřák – kolik denně, co kouří, jak dlouho (kdy začal kouřit/jak dlouho tedy nyní kouří)

- exkuřák nekouřící méně než jeden rok
- exkuřák nekouřící déle než jeden rok
- nekuřák – nikdy nevykouřil 100 a více cigaret za život

PL by měli hovořit o kouření s každým identifikovaným kuřákem alespoň jednou ročně.

Ve zdravotní dokumentaci kuřáků je dále vhodné vyznačit i tyto informace (nepatří však ke standardu krátké intervence):

- datum doporučení přestat kouřit a o jakou formu doporučení se jednalo
- výsledek Fagerströмова testu (příloha č. 2) nebo dotazníku (příloha č. 1) nikotinové závislosti
- reakce pacienta na doporučení:
  - neprojevuje zájem
  - chce přestat, ale ne hned
  - má zájem hned přestat, ale nemá zájem o pomoc (viz. níže)
  - má zájem hned přestat a vyžaduje farmakologickou pomoc
  - má zájem hned přestat a vyhledá intenzivní odbornou pomoc

#### b) Poradit

Rada pacientovi, aby přestal kouřit, by měla být:

- *jasná* (např. „Je důležité, abyste přestal kouřit, omezit kouření nestačí“),
- *důrazná* (např. „Přestat kouřit je to nejdůležitější, co můžete pro své celkové zdraví udělat“)
- *osobní* – personifikace prospěchu versus negativa (specifické zdravotní problémy pacienta jako např. zhoršení pleti; zhoršení dechových funkcí a astmatu; hrozba možné impotence a infertility; dále např. to, že v rodině je malé dítě nebo zvíře, kterému tabákový kouř škodí, finanční motivace – finanční úspory za 10 let mohou dosáhnout stovek tisíc Kč, ušetření času – 5 až 10 min. na vykouření jedné cigarety při počtu 20 cig/denně znamená cca 1,5 – 3 h denně).

#### c) Posoudit ochotu přestat

PL se ptá pacienta, zda je ochotný v současnosti (tj. např. během příštího měsíce) přestat kouřit. Jestliže je pacient ochoten, lékař mu poskytne pomoc (viz. níže bod d – assist). Jestliže má pacient zájem o intenzivní léčbu ve specializovaném centru nebo v poradně pro odvykání kouření, PL poskytne základní informace (místo, kontakt

i průběh léčby), kde taková léčba probíhá. Pokud pacient v současnosti není ochoten přestat kouřit, PL pracuje již nyní a i při každé další návštěvě empaticky s jeho motivací (viz. dále odstavec č. 6).

#### d) Pomoci

Možnosti, jak pacientovi pomoci, zahrnují:

- Vytvořit plán, jak přestat kouřit:
  - Pomoci stanovit datum – tzv. „den D“, nejlépe během následujících 2–3 týdnů, kdy by měla být od tohoto dne naprostá abstinence (nepokoušet se kouřit s mírou - nefunguje).
  - Pacient by měl informovat své okolí o rozhodnutí zanechat kouření a požádat je o podporu (rodinní příslušníci, spolupracovníci...)
  - Připravit pacienta na případné počáteční problémy a abstinenci příznaky.
  - Doporučit pacientovi „maličkosti“, které mu pomohou: např. odstranit z okolí tabákové výrobky, popelníky, nezdržovat se v zakouřených prostředích, nepít alkohol a kávu, ...
- *Poradenství*.

K doporučením, které by měl pacient dostat, patří zhodnocení a poučení se z pozitivních i negativních zkušeností z minulých pokusů o abstinenci od tabáku (co pomohlo? co selhalo?). Důležité je *rozpoznávat spouštěče* (tj. podněty aktivující závislost) a používat způsoby, jak je zvládat nebo se jim vyhnout. K typickým spouštěčům patří:

- negativní emoce – může je mírnit relaxační technika nebo tělesný pohyb
- společnost kuřáků – navrhnout kuřákům ve společné domácnosti, aby přestali kouřit nebo alespoň nekouřili v přítomnosti odvykacího kuřáka
- alkohol – abstinence od alkoholu na počátku nekouření zlepšuje sebeovládání a usnadňuje abstinenci od tabáku
- časový stres – informovat, že odvykací stav po tabáku bývá nejsilnější po 1 až 3 týdnech nekouření a že během něj se objevují častěji negativní nálady a zhoršení pozornosti (11)
- bažení (craving) po tabáku – lze překonat připomenutím si nevýhod kouření, odvedením pozornosti, změnou činnosti, apod... (2)

Součástí doporučení by mělo být poučení o vzestupu tělesné hmotnosti (v průměru 3 – 5 kg za rok) po zanechání kouření. Lze mu předejít omezením energetického příjmu, zvýšením výdeje formou tělesné aktivity a dostatečnou farmakoterapií.

#### • Podpora okolí

Ta zahrnuje i podporu od lékaře a dalších zdravotnických pracovníků:

- PL se může zmínit o jiném pacientovi, který přestal kouřit (aniž by uvedl jméno, aby zachoval povinnou mlčenlivost)
- lze uvést, že současná léčba usnadňuje překonání závislosti na tabáku
- PL projevuje pochopení pro pacientovy obtíže a otevřeně hovoří o důvodech, proč přestat kouřit
- doporučit pacientovi, aby si v okolí našel

\* Pro stručnost používáme výraz „lékař“ bez ohledu na pohlaví. Většinu zde uvedených postupů mohou používat pod vedením lékaře i střední zdravotnickí pracovníci.

vhodnou osobu, se kterou by mohl komunikovat (možno i telefonicky) o vzniklých potížích a podpoře při odvykání kouření anebo zvládání pro exkuřáka obtížných situací

- lze využít telefonní *linku pomoci kuřákům* při odvykání, která je platná v celé ČR za lokální tarif v pracovních dnech mezi 12:00 až 20:00 h (**telefonní číslo: 844 600 500**).

- **Farmakoterapie**

Je rozebrána v samostatném následujícím odstavci č. 5.2

e) Plánovat kontroly

- První kontrolu je třeba naplánovat na první týden po té, co pacient přestal kouřit.
- Druhá kontrola by měla následovat během prvního měsíce. Lékař při ní:
  - zkontroluje užívání eventuální farmakologické léčby a případně ji upraví
  - potvrdí a povzbudí odhodlání k odvykání
  - prohovří zkušenosti a metody, jak se vyhnout nástrahám nebo je omezit
  - projedná plány na příští týden a může pacientovi blahopřát, je-li úspěšný
  - může zkontrolovat abstinenci (např. CO ve vydechnutém vzduchu přístrojem „Smokerlyzer“ nebo hladinu kotinínu – metabolitu nikotinu v moči)
- U recidiv se doporučuje uvažovat o situacích, které vedly k porušení abstinence, a učit pacienta, aby vnímal recidivu ne jako tragedii, ale jako zkušenost, z níž se lze poučit.

Lékař může navrhnout také intenzivní léčbu ve specializovaném zařízení (viz níže).

Časově úsporné a efektivní jsou telefonické kontakty (např. „Když nemůžete přijít, tak mi příští týden alespoň zavolejte, jak se vám daří nekouřit“).

## 5.2. FARMAKOTERAPIE\*

Farmakologická léčba je vhodná pro ty, kdo kouří 10 a více cigaret denně a po probuzení si do hodiny zapalují první cigaretu. Léčba však především *zabraňuje odvykacím příznakům* – pacient by neměl očekávat, že mu zabrání kouřit. K tomu je nutné jeho rozhodnutí a aktivní změna životního stylu.

**Za léky první linie** se v současnosti považují: *náhradní terapie nikotinem (NTN) v různých lékových formách a bupropion*. Jako úspěch léčby můžeme hodnotit jen dlouhodobou abstinenci = nejméně 6, raději 12 měsíců. Placebo má takto hodnocenou úspěšnost kolem 3–5 %, intenzivní psychobehaviorální intervence (= nejméně hodinu) cca 10 %, farmakoterapie (NTN a/nebo bupropion) vždy zdvojnásobuje úspěšnost, s intenzivní intervencí tedy cca 20–25 %. (9)

### 5.2.1. NÁHRADNÍ TERAPIE NIKOTINEM (NTN)

U nás je k dispozici:

- žvýkačka (2 a 4 mg)
- inhalátor (10 mg)
- náplast (5, 10 a 15 mg/16 h a 7, 14 a 21 mg/24 h)
- sublinguální tablety (2 mg).

Vyrábí se ještě nosní spray a pastilky – v ČR zatím nedistribovány. NTN je volně prodejná v lékárně (bez receptu). *Zdvojnásobuje úspěšnost ve srovnání s placebem*, účinnost jednotlivých forem se prakticky

neliší, je tedy možná individuální volba pro pacienta. Náplast umístěná na čisté kůži a bez chlupů uvolňuje nikotin kontinuálně, ale pomaleji než ostatní formy, které zase umožňují pružně reagovat na craving (bažení) a přizpůsobovat dávkování. Proto se u silných kuřáků doporučuje kombinace náplasti s některou z ostatních (orálních) forem. Léčba by měla trvat minimálně 8, raději 12 i více týdnů (kratší léčba než 8 týdnů ztrácí účinnost) (9). *Stanovení dávky – orientačně*: z náplasti se vstřebá za danou dobu (16 nebo 24 hodin) totožné množství, které je uvedené na obalu. U ostatních tří orálních forem je ale vstřebatelná většinou cca polovina uvedeného množství, navíc vstřebávání závisí na pH. Nikotin se vstřebává při lehce zásaditém pH, kolem 8,5, proto současně s orální formou NTN doporučujeme nejíst ani nepít, zejména ne kyselé. U žvýkaček je důležité dodržet způsob žvýkání: několikrát jen nakousnout, odložit na cca 30 vteřin do dosažení silné chuti za tvář, žvýkat opět po odeznění chuti – opakovat v trvání cca 1 h. Při příliš rychlém žvýkání pacient nikotin spolýká – tvoří se mu více slin, pálí v krku, může mít nauzeu a škytavku, navíc ze žaludku se prakticky žádný nikotin nevyužije. Pro orientaci je dobré si uvědomit, že kuřák **vstřebá z jedné cigarety cca 1 – 3 mg nikotinu**, podle intenzity kouření a bez souvislosti s druhem cigarety.

Orientační vzorec výpočtu průměrné dávky nikotinu na den:

$\text{počet cigaret/den} \times 2 = \text{počet mg nikotinu/den}$

(příklad: 20 cigaret/denně  $\times 2 = 40$  mg nikotinu/den)

*Jako kontraindikace* jsou nejčastěji uvedeny akutní KVO, těhotenství nebo dětský věk – **NTN je však vždy méně nebezpečná než kouření** a proto i podle doporučení WHO (12, 13, 14) je NTN indikována pro všechny kuřáky závislé na nikotinu, kteří nemohou přestat bez léčby, včetně pacientů s kardiiovaskulárním onemocněním, adolescentů nebo těhotných žen. U pacientů se zvýšeným rizikem se doporučuje lékařský dohled. Také pro ty, kdo nedokáží přestat, znamená NTN v kombinaci s omezeným počtem cigaret nižší riziko než kouření v plné míře. Rovněž dlouhodobá léčba (měsíce i roky) je vždy lepší než kouření. NTN je vhodná i k potlačení odvykacích příznaků během krátkodobé abstinence – letadlo, hospitalizace (12).

*Vedlejší účinky* záleží na lékové formě (sucho v ústech, dyspepsie, škytavka, nauzea, bolesti hlavy, palpitace, podráždění krku, nosní a ústní sliznice, podráždění kůže - svědění, erytém, vyrážka, nespavost).

### 5.2.2. BUPROPION SR (150 mg):

Používá se jako antidepresivum, inhibice zpětného vstřebávání noradrenalinu a dopaminu však nevytváří zcela jeho účinnost při odvykání kouření. *Efektivita* (cca zdvojnásobení abstinence podobně jako NTN) se příliš neliší podle míry závislosti, historie deprese nebo alkoholismu. Bupropion se *začíná užívat* 1–2 týdny před dnem D, 1 tableta (150 mg) ráno. Po třech dnech se vytitruje u většiny pacientů na 2x150 mg, což je doporučená dávka. *Léčba trvá* rovněž nejméně 8, raději 12 či více týdnů. Bupropion

\* Zde uváděné informace mají orientační charakter a nemohou nahradit podrobnou dokumentaci k přípravkům.

je u silných kuřáků vhodné kombinovat s některou z forem NTN (NTN–náhradní terapie nikotinem, ovšem ale až počínaje dnem D). Bupropion je výhradně vázán na recept, ale bez omezení odbornosti. *Kontraindikacemi* jsou především křečové stavy typu epilepsie, historie bulimie či anorexie a současné užívání inhibitorů MAO (nutno počkat nejméně 14 dní po jejich vysazení), odvykáací stav po tlumivých látkách nebo alkoholu– v případě současné psychiatrické farmakoterapie je vhodné vždy konzultovat ošetřujícího psychiatra. K možným *vedlejším účinkům* patří sucho v ústech, nespavost (což ale nebývá důvodem k přerušení léčby), ale i konvulze (1 : 1000).

### 5.2.3. KOMBINACE NTN A BUPROPIONU

Kombinace bupropionu a nikotinových náplastí zvýšila účinnost léčby u velmi silných kuřáků (15). Při užívání kombinované terapie je doporučeno monitorování hypertenze (16, 4)

### 5.2.4. POUŽÍVÁNÍ NORTRIPTYLINU A CLONIDINU (LÉKY 2. LINIE)

Tato možnost se v praxi s ohledem na časté vedlejší účinky těchto léků užívá zřídka. Jejich výhodou je nízká cena. Používají se hlavně tam, kde není z nějakého důvodu možná nebo postačující léčba NTN a bupropionem. Ještě je třeba dodat, že antidepressiva ze skupiny SSRI se v této indikaci neosvědčila (17).

### 5.2.5. NEDOPORUČOVANÉ METODY

Pro nedostatek důkazů o úspěšnosti se nedoporučuje všeobecné používání následujících odvykáacích metod: akupunktura, hypnóza, lobelin (ani jedna přímo zdraví neškodí, avšak mají jen účinnost placebo – co je kolem 5 %), acetát stříbra (zdraví škodlivý), antagonisté opioidů (naltrexon), anxiolytika (benzodiazepiny)\*.

### 5.2.6. INTENZIVNÍ LÉČBA – BEHAVIORÁLNÍ PSYCHOTERAPIE A FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

Intenzivní léčbu navrhne PL tehdy, jestliže je pacient ochoten na ni přistoupit a jestliže je taková léčba dostupná. Důvodem pro intenzivní léčbu může být i souběh závislosti na tabáku a jiných problémů (nezvládnutý nadměrný stres, neurotické obtíže, závislost na tabáku a závislosti alkoholu apod.). Intenzita takového programu zahrnuje 5 a více návštěv během roku (2 x 1 hodina, kontroly trvající pak již cca 30 minut – např. v nově otevřených „Centrech léčby závislosti na tabáku“) a léčba může probíhat individuálně i formou skupinové terapie. Může využívat i telefonický kontakt a tištěné materiály. Uplatňuje se kognitivně–behaviorální terapie zahrnující nácvik zvládnání problémů, zvládnání bažení (cravingu), nahrazování kuřáckých rituálů, relaxační techniky, práce s rodinou. V rámci intenzivní léčby se využívá i farmakoterapie (viz výše). V našich podmínkách probíhá intenzivní léčba ve specializovaných centrech léčby závislosti na tabáku při fakultních nemocnicích většinou při pneumologických nebo interních klinikách (jejich aktuální seznam je na [www.clzt.cz](http://www.clzt.cz)).

### 5.2.7. DOPORUČENÍ PRO SPECIFICKÉ SKUPINY (2)

Doporučené postupy musí respektovat specifické požadavky některých skupin kuřácké populace, jako jsou těhotné ženy a osoby s určitými onemocněními a další. Rozvoj řady onemocnění je v těsné souvislosti s kouřením a pokračující kouření zdravotní stav těchto kuřáků významně zhoršuje.

- **Těhotné ženy**  
Všechny těhotné ženy mají být upozorněny na nebezpečí kouření pro ženu a vyvíjející se plod. Jednoznačně doporučit přestat kouřit. Při plánovaném těhotenství zanechat kouření alespoň jeden rok před otěhotněním. Tam, kde nelze použít behaviorální intervence při osobním kontaktu, je možné použít telefonické konzultace. Určité obavy o používání NTN (náhradní terapie nikotinem) v těhotenství jsou v současné době definitivně vyvráceny a těhotenství není považováno za kontraindikaci NTN, pokud je alternativou kouření (žena nemůže přestat bez léčby). Používány by neměly být preparáty ochucené lékořicí. Obsah nikotinu v mateřském mléce kojících žen s NTN je velmi malý a riziko pro dítě je minimální ve srovnání se stavem, kdyby matka kouřila. Odpadá vliv tabákového kouře na matku, plod i okolí. Orální nikotinové preparáty považují někteří odborníci za vhodnější formu pro těhotné. Při výběru mezi krátkodobě působícími orálními nikotinovými preparáty (žvýkačky, pastilky, sublinguální tablety) a náplastí s dlouhodobým působením může u těhotných žen vstupovat i otázka těhotenského zvracení a změn chuti.
- **Diabetici**  
Kouření představuje pro diabetiky tak vysoké riziko, že je jim nutné věnovat zvýšenou pozornost a dát jim maximální podporu. Behaviorální i farmakologický přístup je stejný jako u běžné populace, jediné riziko představuje bupropion, kde je zvýšené riziko vzniku křečí při hypoglykémii.
- **Senioři**  
Terapeutické postupy jsou totožné jako u běžné populace. Zanechání kouření po 60. roce věku může přesto významným způsobem zlepšit kvalitu života, snížit riziko onemocnění souvisejících s kouřením a zkrátit rekonvalescenci po řadě chorob.
- **Kuřáci s kardiovaskulárními onemocněními**  
Zanechání kouření zpomaluje rozvoj onemocnění a snižuje riziko opakování i těch nejzávažnějších projevů nemoci. U pacientů s ICHS zanechání kouření snižuje riziko předčasné smrti nebo opakování srdeční příhody o 50%. U pacientů po závažné kardiovaskulární příhodě v uplynulých čtyřech týdnech by měla NTN být nasazena opatrně, protože nikotin je vasokonstriktor. NTN lze opět jako u těhotenství aplikovat bez problémů všude tam, kde se jedná o alternativu ke kouření (nemůže přestat bez léčby). Vhodnější je použít rychle reverzibilní přípravky – žvýkačky, inhalátor, tablety. (4)
- **Mládež**  
Intervence k odvykání kouření, které se ukázaly účinné u dospělých, by měly být s příslušnou modifikací aplikovány i na mládež. Nikotinismus

\* Benzodiazepiny jsou zde vysloveně nevhodné nejen proto, že jsou neúčinné, ale i proto, že už v terapeutických dávkách mohou následně vyvolat odvykáací potíže a na nich obtížně léčitelnou závislost.

u adolescentů patří k syndromu rizikového chování v dospívání a bývá propojen s ostatními součástmi tohoto komplexu. Prevenci a léčbu závislosti na tabáku je v tomto věku třeba zaměřit na celý komplex rizikového chování a jeho příčiny.

- Osoby s nízkým příjmem  
V této skupině se vyskytuje vyšší prevalence kouření a zároveň i vyšší stupeň závislosti na nikotinu. Zohlednit je zde nutné i finanční možnosti těchto kuřáků a volit spíše ekonomicky méně náročné možnosti.
- Příslušníci národnostních menšin  
Léčbu je vhodné jazykově i sociologicky přizpůsobit cílové populaci.

## 6. POSILOVÁNÍ MOTIVACE K ABSTINENCI

(5 základních principů– z angl. „5 R“), jestliže pacient zatím nechce přestat kouřit

Techniky posilování motivace vznikly právě při léčbě závislosti na tabáku a rozšířily se i jinde (v současnosti se používají i při léčbě jiných závislostí a patologického hráčství, léčbě poruch příjmu potravy a léčbě chronické bolesti).

Je možné je využít i při kontrolách v průběhu odvykání kouření:

- **Důležitost (Relevance)**  
Vyzvěte pacienta, aby řekl, v čem konkrétně je pro něj nekouření důležité. To vám pomůže využít jeho specifických motivací v rodinné, zdravotní i pracovní oblasti.
- **Rizika (Risks)**  
Lékař může vyzvat pacienta k tomu, aby uvedl možné negativní následky kouření. Cigarety s nízkým obsahem dehtu, dýmky apod. tato rizika neodstraňují. Příklady rizik zahrnují:
  - Akutní rizika: Dušnost, zhoršení astmatu, impotence, neplodnost, zvýšená hladina oxidu uhelnatého v krvi.
  - Dlouhodobá rizika: Srdeční infarkty a mozkové mrtvice, rakovina plic i jiných orgánů, chronická bronchitida a emfyzém, vyšší nemocnost.
  - Rizika pro okolí: Zvýšené riziko rakoviny plic a srdečního infarktu u partnera a dětí, vyšší výskyt kuřáctví u dětí, nízká porodní váha dětí kuřáček, zvýšení rizika náhlé smrti u novorozence, záněty středního ucha a dýchacích cest i astma u dětí kuřáků.
- **Odměny (Rewards)**  
Vyzvěte pacienta, aby si vybavil možné výhody nekouření. Lékař může navrhnout např. následující: lepší zdraví, lepší vnímání chuti jídla, lepší čich, finanční úspora, větší spokojenost sama se sebou, pracoviště i domov jsou čistší, dobrý příklad dětem, děti budou zdravější, ohleduplnost k okolí, lepší tělesný pocit, větší tělesná výkonnost, méně vrásek...
- **Překážky (Roadblocks)**  
Lékař by se měl ptát na překážky abstinence a zmínit prvky léčby, které dokáží tyto překážky překonat (řešení problémů, farmakoterapie, relaxace apod.). Typické překážky zahrnují odvykací stavy, strach z neúspěchu, obavy ze zvýšení hmotnosti, nepochopení okolí nebo deprese.

- **Opakování (Repetition)**  
Motivační rozhovor se má opakovat při každé vhodné příležitosti. Lidem, kteří se vícekrát neúspěšně pokoušeli překonat závislost na tabáku, je třeba zdůraznit, že většina abstinujících bývalých kuřáků přestala kouřit až po opakovaných pokusech.

## 7. PŘEDCHÁZENÍ RECIDIV U BÝVALÝCH KUŘÁKŮ

Většina recidiv závislosti na tabáku nastává krátce po zahájení abstinence, recidivy jsou ale možné i po měsících nebo letech abstinence. Prevence recidiv může probíhat formou krátké intervence nebo se může jednat o intenzivní program.

- **Prvky krátké intervence v prevenci recidiv**  
Prevence recidiv je součástí běžných kontrol u všech pacientů, kteří nedávno přestali kouřit. Těm, kdo abstinují, je vhodné poblahopřát k jejich úspěchu a povzbudit je k pokračování abstinence. Na to, zda pacient abstinuje, je možné ptát se nepřímo, např. „V čem vám pomohlo to, že jste přestal kouřit?“ S pacientem je také možné hovořit o zdravotních a jiných výhodách nekuřáctví i o případných problémech, které se objevily při abstinenci (váhový přírůstek, osoby, které kouří nebo zneužívají alkohol, ve společné domácnosti apod.).
- **Intenzivnější léčba v prevenci recidiv**  
Lékař může pracovat s problémy, které ztěžují abstinenci. Sem patří:
  - V případě *nedostatku podpory* ze strany okolí lze doporučit častější kontroly, využívat služeb telefonické pomoci, uvažovat spolu s pacientem o vhodných lidech z pacientova okolí, doporučit zájmovou skupinu, jejíž členové žijí zdravě.
  - *Nepříjemné emoční stavy, deprese*. Jedná-li se o vážné problémy, je vhodné doporučit antidepresiva a případně i psychiatrickou léčbu zahrnující psychoterapii. U lehčích depresí pomáhá tělesné cvičení nebo jiná vhodná tělesná aktivita a relaxační techniky.
  - *Silný, dlouho trvající odvykací stav*. Lze uvažovat o kombinaci bupropionu a NTN. Pacient by se také měl, pokud možno, vyhýbat prostředím, které vyvolávají bažení (craving).
  - *Přírůstek hmotnosti*. Pomáhá tělesná aktivita a zdravá výživa (omezit sladkosti a tučná jídla, více zeleniny a ovoce). Vhodné je i ubezpečení, že určitý váhový přírůstek je běžný na počátku abstinence a že by se měl později zastavit. Nikotinové náhražky (zejména žvýkačky) i bupropion mohou váhový přírůstek oddálit, ale ne eliminovat. Další možností jsou specializované programy pro obézní.
  - *Slábnoucí motivace a pocity ochuzení*. Ubezpečte pacienta, že podobné pocity jsou naprosto normální, doporučte vhodné aktivity, jimž se lze odměnit. Ubezpečte se, že pacient nepokračuje v příležitostném kouření a zdůrazněte nutnost naprosté abstinence.



## 8. INTERVENCE U RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ PACIENTŮ A V PRACOVNÍM PROSTŘEDÍ

Existují zprávy o příznivém vlivu poradenství a léčby u rodičů, jejichž děti byly ohroženy kouřením rodičů (18). Jsou také pozitivní zkušenosti s krátkou intervencí využívající poradenství a nikotinové náplasti v pracovním prostředí (19).

## 9. ZÁVĚR

Závislost na tabáku je chronická nemoc, která zasluhuje léčbu. Patří mezi ovlivnitelné rizikové faktory nejen KVO, ale i nádorových onemocnění. Krátká intervence a léčba dokáží snížit nemocnost i úmrtnost a zvýšit kvalitu života mnoha lidí. Přinášejí nejen výrazný zdravotní, ale v konečném důsledku i finanční benefit pro pacienta i pro celý zdravotní systém. Při započtení ceny léků a lékařova času se jedná o intervenci celkově efektivní i z ekonomického hlediska (20).

## 10. LITERATURA

1. Fjord, M.C., Bailey, W.C., Cohen, S.J., et al.: *Treating Tobacco use and Dependence. Clinical Practice Guideline*. Rockville, US Department of Health and Human Services, 2000 <http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/tobaqrg.htm>.
2. Health Education Board for Scotland and ASH Scotland (update 2004). *Smoking Cessation Guidelines for Scotland*. Edinburgh: HEBS. <http://www.hebs.com/services/pubs/pdf/SmokingCes2004.pdf>
3. West R, McNeill A, Raw M.: *Smoking cessation guidelines for health professionals: an update*. *Torax*, 55, 2000, December, 987–999
4. Králíková, E, Býma, S, Cífková, R a spol.: *Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku* Čas. Lék. čes. 2005; 144(5):327–333.
5. Peto, R., Lopez, A.D., Boreham, J., Thun, M.: *Mortality from smoking in developed countries 1950–2000*, 2nd edition, Oxford University Press, <http://www.ctsu.ox.ac.uk/~tobacco/>
6. Widimský J., Škodová Z., Pecka T.: *Kuřácké návyky lékařů a lékařek v porovnání s kouřením v populaci České republiky. Porovnání se stavem v roce 1991*. Vnitř. Lék., 2005, 51
7. Králíková E., Rameš J., Nesnídal P.: *Doctors, medical faculties, smoking cessation and epidemiology*, 11th Annual Meeting and 7th Annual SRNT European Conference, Prague 2005, Proceedings, s. 101
8. Ústav zdravotnických informací, [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)
9. Royal College of Physicians of London: *Nicotine Addiction in Britain, Report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians*, London, Royal College of Physicians, 2000
10. World Health Organization: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 10th revision. Geneva, WHO, 1992
11. Giannakoulas G, Katramados A, Melas N, Diamantopoulos I, Chimonas E: *Acute effects of nicotine withdrawal syndrome in pilots during flight*. *Aviat Space Environ. Med* 2003; 74(3): 247–251
12. World Health Organization Europe: *Regulation of Nicotine Replacement Therapies: An Expert Consensus*, WHO, Copenhagen, 2001

13. World Health Organization Europe: *Partnership to Reduce Tobacco Dependence*. Copenhagen, WHO, 2000
14. World Health Organization: *Encouraging Stopping Smoking*, WHO, Geneva, 2001
15. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA a spol.: *A controlled trial of sustained release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation*. *NEJ of Medicine* 1999; 340:685–691.
16. Králíková E, Himmerová V.: *Abeceda odvykání kouření*. *Časopis lékařů českých*, 143, 2004 (11, 12) 781–783, 863–865
17. Hughes J, Stead L, Lancaster T.: *Antidepressants for smoking cessation*. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (4):CD000031.
18. Winickoff JP, Hillis VJ, Palfrey JS, Perrin JM, Rigotti NA: *A smoking cessation intervention for parents of children who are hospitalized for respiratory illness: the stop tobacco outreach program*. *Pediatrics* 2003; 111(1): 140–145
19. Rodríguez-Artalejo, F, Lafuente Urdinguio, P, Guallar-Castillón, P a spol.: *One year effectiveness of an individualised smoking cessation intervention at the workplace: a randomised controlled trial*. *Occupational and Environmental Medicine* 2003; 60:358–363.
20. Cornuz J, Pinget C, Gilbert A, Paccaud F: *Cost-effectiveness analysis of the first-line therapies for nicotine dependence*. *Eur J Clin Pharmacol* 2003; 59(3):201–206.
21. *Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Diagnostická kritéria pro výzkum. Přeloženo z anglického originálu*, Praha, Psychiatrické centrum 1996; 179 s.

### WEBOVÉ STRÁNKY:

V češtině: [www.dokurte.cz](http://www.dokurte.cz), [www.treattobacco.org](http://www.treattobacco.org)  
ve slovenštině: [www.stopfajceniui.sk](http://www.stopfajceniui.sk)

v angličtině: [www.bma.org](http://www.bma.org), [www.srnt.org](http://www.srnt.org), [www.tobaccofree-kids.org](http://www.tobaccofree-kids.org), [www.quit.org.uk](http://www.quit.org.uk), [www.cancer.org](http://www.cancer.org), [www.americanlegacy.org](http://www.americanlegacy.org), [www.lungusa.org](http://www.lungusa.org), [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov), [www.etr.org](http://www.etr.org)

# PŘÍLOHA Č. 1:

## DIAGNOSTIKA PORUCH PŮSOBENÝCH TABÁKEM PODLE MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ (MKN–10) (10)

Tabák se řadí v MKN–10 mezi ostatní psychoaktivní látky, proto se při stanovení diagnózy škodlivého užívání nebo závislosti používají stejná kritéria jako u jiných psychoaktivních látek (21). V praxi se uvedené stavy zatím nediagnostikují zdaleka tak často, jak by odpovídalo jejich výskytu v populaci.

### F17.0 AKUTNÍ INTOXIKACE VYVOLANÁ UŽITÍM TABÁKU (AKUTNÍ NIKOTINOVÁ INTOXIKACE)

- Musí být splněna všeobecná kritéria pro akutní intoxikaci.
- Musí být přítomny poruchy chování nebo vnímání prokázané alespoň jedním z následujících znaků:
  - nespavost
  - bizarní sny
  - labilita nálady
  - derealizace
  - narušení osobních činností
- Musí být přítomen alespoň jeden z následujících znaků:
  - nauzea nebo zvracení
  - pocení
  - tachykardie
  - srdeční arytmie

### F17.1 ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ TABÁKU

- Musí být jasně prokázáno, že užívání tabáku je zodpovědné za tělesné nebo duševní poškození (nebo k němu podstatně přispívá), včetně zhoršeného úsudku nebo dysfunkčního chování, a může vést k neschopnosti nebo k nepříznivým důsledkům v interpersonálních vztazích.
- Charakter poškození by měl být jasně prokazatelný (a specifikován).
- Užívání trvalo alespoň 1 měsíc nebo se vyskytovalo opakovaně během 12 měsíců.
- Porucha nesplňuje kritéria pro žádnou jinou duševní nebo behaviorální poruchu nebo poruchu chování, spojenou s užitím stejné látky ve stejném časovém období (s výjimkou akutní intoxikace F17.0).

### F17.2 SYNDROM ZÁVISLOSTI

Po dobu alespoň 1 měsíce nebo opakovaně v kratších obdobích během 12 měsíců by se měly vyskytovat společně tři nebo více z následujících znaků:

- silná touha nebo nutkání užít tabák;
- zhoršená schopnost kontrolovat chování spojené s užíváním tabáku, ve smyslu začátku a ukončení nebo množství tabáku, projevující se takto: jedinec tabák užívá ve větším množství nebo po delší dobu, než měl v úmyslu, nebo si stále přeje či se bezúspěšně snaží snížit nebo kontrolovat užívání tabáku;
- projevy odvykacího stavu (viz F17.3), jestliže se užívání tabáku omezí nebo se s užíváním přestane, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro tabák nebo z užívání stejné (nebo blízce příbuzné) látky se záměrem zmenšit nebo

vyhnout se odvykacím příznakům;

- průkaz tolerance k účinku tabáku, jako je potřeba značně zvýšených dávek tabáku, aby se dosáhlo intoxikace nebo žádoucího účinku, anebo se dosahuje zřetelně zmenšeného účinku, při trvalém užívání stejného množství tabáku;
- zaujetí užíváním tabáku, projevující se postupným zanedbáváním jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívání tabáku a věnování zvýšeného množství času činností nezbytným k získání nebo užívání tabáku, nebo k zotavování se z jeho účinku;
- trvalé užívání tabáku navzdory jasnému důkazu škodlivosti následků (viz F17.1), kdy jedinec pokračuje v užívání, i když si je vědom nebo lze očekávat, že si je vědom povahy a rozsahu škodlivosti.

Výše zmíněnou komplikovanější definici jsme zpracovali do jednoduchého a snadno v ambulanci použitelného dotazníku.

### DOTAZNÍK ZÁVISLOSTI NA TABÁKU

Všechny následující otázky se týkají období posledních 12 měsíců. Vyberte tu z následujících odpovědí, která se nejvíc blíží skutečnosti, a zatrhněte ji:

- Cítili jste během posledních 12 měsíců silnou touhu nebo nutkání po tabákových výrobcích?**  
Ne – Někdy – Často
- Nedokázali jste se ve vztahu k tabákovým výrobkům ovládat?**  
(Např. jste kouřili i tehdy, když to bylo nevhodné, nebo jste kouřili více, než jste původně chtěli?)  
Často – Někdy – Ne
- Měli jste po vysazení tabáku odvykací potíže (brzy ráno nebo v situaci, kdy nebylo možné delší dobu kouřit)?**  
Ne – Někdy – Často
- Zvyšovali jste množství tabákových výrobků, abyste dosáhli účinku, původně vyvolaného nižší dávkou?**  
Často – Někdy – Ne
- Zanedbávali jste kvůli tabákovým výrobkům dobré záliby (např. jste se vyhýbali místům, kde se nedalo kouřit) nebo jste potřebovali více času k získání a užívání tabákových výrobků.**  
Ne – Někdy – Často
- Pokračovali jste v užívání tabákových výrobků přes škodlivé následky, o kterých jste věděli?**  
Často – Někdy – Ne

### Vyhodnocení:

Spočítejte odpovědi „často“ a odpovědi „někdy“. 3 – 6 odpovědi „často“ a „někdy“ znamenají, že se jedná o závislost.

### F17.3 ODVYKACÍ STAV PO ODNĚTÍ TABÁKU (ABSTINENČNÍ SYNDROM)

- Musí být splněna všeobecná kritéria pro odvykací stav.
  - Musí být jasný důkaz o nedávném úplném vysazení nebo snížení dávek látky po opakovaném a obvykle dlouhodobém užívání a/nebo používání vysokých dávek této látky.
  - Příznaky odpovídají známým projevům odvykacího stavu u určité látky nebo látek.
  - Příznaky nelze přičíst zdravotní poruše, která nesouvisí s užíváním látky, ani je nelze lépe přičítat jiné duševní poruše nebo poruše chování
- Musí být přítomny alespoň dva z následujících znaků:
  - silná touha po tabáku (nebo jiných výrobcích obsahujících nikotin)
  - malátnost nebo slabost
  - úzkost
  - dysforická nálada
  - podrážděnost nebo neklid
  - nespavost
  - zvýšená chuť k jídlu
  - silný kašel
  - vředy v ústní dutině
  - poruchy soustředění

*Poznámka: Při odvykacím stavu po tabáku se prokázalo přechodné zhoršení kognitivních funkcí, hrozí tedy větší riziko chyb a úrazů (11). Proto je vhodné pacientům na počátku odvykání kouření doporučit zvýšenou opatrnost.*

## PŘÍLOHA Č. 2: FAGERSTÖMŮV TEST ZÁVISLOSTI NA NIKOTINU

FTND (Fagerström Test of Nicotine Dependence) – podle Heatheron, T. F., Kozlowski, L., T., Frecker, R. C., Fagerström, K. O.: The Fagerström test of nicotine dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire, Brit. J. Addiction, 86, 1991, 1119 – 1127

### 1. Jak brzy po probuzení si zapálíte první cigaretu?

- do 5 minut .....3 body
- za 6 – 30 minut ...2 body
- za 31 – 60 minut ..1 bod
- po 60 minutách ...0 bodů

### 2. Je pro vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?

- ano .....1 bod
- ne .....0 bodů

### 3. Kterou cigaretu byste neradi postrádali?

- první ráno .....1 bod
- kteroukoli jinou ..0 bodů

### 4. Kolik cigaret denně kouříte?

- 0 – 10 .....0 bodů
- 11 – 20 .....1 bod
- 21 – 30 .....2 body
- 31 a více .....3 body

### 5. Kouříte častěji během dopoledne?

- ano .....1 bod
- ne .....0 bodů

### 6. Kouříte i když jste nemocní a upoutaní na lůžko?

- ano .....1 bod
- ne .....0 bodů

### Orientační hodnocení:

- 0 – 1 bodů: žádná nebo velmi malá závislost na nikotinu
- 2 – 4 bodů: střední závislost na nikotinu
- 5 – 10 bodů: silná závislost na nikotinu

## PŘÍLOHA Č. 3: STRUKTURA TYPICKÉHO PROGRAMU ODVYKÁNÍ KOUŘENÍ V ORDINACI

Podle Health Education Board for Scotland and ASH Scotland (update 2004). Smoking Cessation Guidelines for Scotland. Edinburgh: HEBS. [www.hebs.com/services/pubs/pdf/SmokingCes2004.pdf](http://www.hebs.com/services/pubs/pdf/SmokingCes2004.pdf)

### • Informace podávané 1–2 týdny před započtím léčby

- ověřit kuřákovu motivaci přestat kouřit
- zhodnotit typ závislosti
- vysvětlit individuální plán odvykání
- zhodnotit vhodnost výběru léčby, v případě bupropionu se zahajuje podávání jeden týden před dnem D
- vytvořit pozitivní, ale realistické očekávání
- potvrdit odhodlání

### • Informace v den D

- potvrdit postup odvykání
- potvrdit odhodlání
- zkontrolovat nebo začít farmakologickou léčbu
- projednat plány na příští týden
- zdůraznit pozitivum života bez tabáku

### • Informace v následných týdenních kontrolách (cca 4x)

- kontrolovat abstinenci
- potvrdit odhodlání
- zkontrolovat farmakologickou léčbu
- projednat plány na příští týden
- prohovorit zkušenosti a metody, jak se vyhnout nástrahám nebo je omezit



Doporučený postup byl vytvořen s podporou nadačního fondu Praktik

NADAČNÍ FOND  
PRAKTIK

**Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP**  
**Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře**

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

e-mail: [svl@cls.cz](mailto:svl@cls.cz)

<http://www.svl.cz>

ISBN: 80-903573-7-7

