

Doporučené diagnostické a terapeutické postupy  
pro všeobecné praktické lékaře



# LÉČBA ZÁVISLOSTI NA TABÁKU V ORDINACI VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

## Autoři:

**MUDr. Boris Šťastný, MBA**

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

**prof. MUDr. Eva Králíková, CSc.**

Společnost pro léčbu závislosti na tabáku

**doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.**

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

**doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.**

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

# NOVELIZACE 2022



Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře

Společnost všeobecného lékařství, Sokolská 31, Praha 10



# LÉČBA ZÁVISLOSTI NA TABÁKU V ORDINACI VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

## Autoři:

**MUDr. Boris Šťastný, MBA**

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

**prof. MUDr. Eva Králíková, CSc.**

Společnost pro léčbu závislosti na tabáku

**doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.**

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

**doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.**

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

## Oponent:

**MUDr. Jozef Čupka, MPH**

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

**OBSAH**

Úvod.....	3
Vliv kouření na zdraví .....	3
Aktuální situace závislosti na tabáku v ČR .....	4
Prevence v ordinaci VPL.....	4
Program časného záchytu karcinomu plic v rizikové populaci.....	4
Anamnéza.....	4
Charakteristika závislosti na tabáku.....	5
Diagnostika.....	5
Zařazení diagnózy dle MKN-10 .....	6
Farmakoterapie závislosti na tabáku.....	7
Volně prodejné léčivé přípravky.....	7
Elektronické cigarety.....	8
Léčivé přípravky vázané na lékařský předpis.....	9
Úloha všeobecné sestry v ordinaci VPL.....	10
Program časného záchytu rakoviny plic v ordinaci VPL.....	10
Úhrada ze systému veřejného zdravotního pojištění.....	10
Literatura.....	13

## ÚVOD

Závislost na tabáku je nejvýznamnější preventabilní příčinou morbidit a mortality. Více než 70 % kuřáků v České republice by si přálo se svojí závislostí přestat, každoročně se o to pokusí až 40 % kuřáků. Se svým návykem však ročně úspěšně skončí kolem 3 % z těch, co to zkoušejí bez pomoci, což je případ většiny pokusů. Úspěšnost s odbornou pomocí může být až desetinásobná. V posledních letech současně dochází ke kontinuálnímu nárůstu uživatelů nikotinu v jiné formě než konvenčních cigaretách, zejména tzv. elektronických cigaret nebo zahřívání tabáku, respektive přesunu závislých z jedné skupiny do druhé a zpět. To nutí i ke změně přístupu při sestavování anamnézy, vyhodnocování rizik i samotné léčbě v ordinaci všeobecného praktického lékaře.

## VLIV KOUŘENÍ NA ZDRAVÍ

**Aktivní kouření.** Aktivní kouření tabákových výrobků užívaných na principu hoření tabáku (cigarety, doutníky, dýmky atd.) má neblahý vliv na zdraví kuřáka. Významně se podílí na vzniku řady závažných onemocnění, nebo je dokonce přímo zapříčiňuje.

**Karcinogenní vliv.** Kouření, respektive vdechování tabákového kouře, je hlavní etiologickou příčinou bronchogenního karcinomu. Je odpovědné asi za 90 % rakoviny plic u mužů a za 60 – 80 % rakoviny plic u žen. Nejnebezpečnějším je kouření cigaret, méně pak doutníků či dýmky. Kuřák kouřící celoživotně 20 cigaret denně má více než 20x vyšší riziko vzniku rakoviny plic proti nekuřákovi. Dosáhne-li celkový počet vykouřených cigaret zhruba 150 000 (což je 20 let takového kouření), pak je riziko enormní (zhruba každý 6. silný kuřák onemocní rakovinou plic), a po zanechání kouření klesá jen velmi pozvolna a riziko nekuřáka se vyrovná až asi za 20–25 let. Odhaduje se, že v blízké budoucnosti se bude asi polovina výskytu rakoviny týkat právě exkuřáků. Celosvětově se podílí na 20 % všech úmrtí na rakovinu. V České republice bronchogenní karcinom vykazuje druhou nejvyšší incidenci mezi zhoubnými nádory. Zhoubné novotvary průdušnice, průdušek a plic jsou nejčastější příčinou úmrtí na nádorové onemocnění v ČR. Incidence a mortalita karcinomu plic byly v České republice v roce 2018 60,8, respektive 50,8 případů na 100 000 osob. Zatímco u mužské populace pozorujeme v posledním desetiletí mírný pokles incidence i mortality, u ženské populace oba parametry naopak trvale rostou. Nejvyšší výskyt je mezi 70. až 85. rokem života.

Mezi další zhoubné nádory postihující kuřáky patří nádory dutiny ústní, horních cest dýchacích, jícnu, žaludku, nádory slinivky břišní, děložního čípku, ledvin a močového měchýře, střev a konečníku a další.

**Kardiovaskulární vliv.** Kouření výrazně urychluje rozvoj aterosklerózy. Důsledkem jsou cévní mozkové příhody a srdeční infarkty. Riziko srdečního infarktu úměrně stoupá s počtem vykouřených cigaret a počtem let, během nichž kuřák svému návyku propadá. Kuřák má dvakrát vyšší riziko infarktu než nekuřák. U žen je toto riziko ještě vyšší, pokud zároveň užívají hormonální antikoncepci.

**Ostatní onemocnění.** Kouření má dále vliv na vznik vředové choroby žaludku a dvanáctníku, dřívější rozvoj šedého zákalu a stařecké hluchoty, poruchu potence a plodnosti u mužů, menstruační obtíže či neplodnost u žen, zhoršené hojení ran a kožní onemocnění, psychiatrická onemocnění a další.

**Vliv na plod.** Kouření má velmi negativní vliv na vyvíjející se plod v děloze. Kouří-li matka v době těhotenství, zvyšuje se tím pravděpodobnost potratu, nižší porodní hmotnosti dítěte, narození dítěte s vrozeními vývojovými vadami.

**Bezdýmný tabák.** Užívání bezdýmného tabáku (šňupací tabák, žvýkací tabák v listech, práškový vlhčený či porcovaný tabák) je založeno na principu vstřebávání nikotinu bez nutnosti inhalace bukalní sliznicí. Snus je specifická forma porcovaného tabáku. Má velmi redukováný obsah tabákové specifických nitrosaminů. Neexistence tabákového dýmu redukuje vážná zdravotní rizika spojená se spalováním tabáku a vdechováním tabákového kouře (zejm. bronchogenní karcinom), některá rizika však přetrvávají. V Evropské unii je orální tabák zakázán, jedinou výjimkou je Švédsko.

**Inovativní způsoby užívání nikotinu.** Nástupem moderních technologií došlo v posledních letech k zásadnímu vývoji na trhu tabákových výrobků směrem k elektronickým produktům, u nichž dochází k inhalaci nikotinu bez nutnosti hoření tabáku - tzv. e-cigarety nebo zahřívání/nahřívání tabáku. Tyto dvě hlavní skupiny stojí v prvním případě e-cigaret na principu odpařování speciální tekutiny obsahující nikotin, případně i bez nikotinu, druhá skupina na zahřívání speciálně upraveného tabáku. Ačkoli jsou například elektronické cigarety v některých zemích doporučované jako efektivní prostředek k odvykání kouření, dlouhodobé následky užívání těchto výrobků jsou předmětem studií a nejsou doposud plně známy. Inhalace různých chemických činitelů je výrazně nižší než při kouření. Výrobky se zahříváním tabákem produkují toxických látek více než e-cigarety. Žádnou formu nikotinu nelze doporučovat nekuřákům včetně dětí.

**Pasivní kouření.** Negativní zdravotní význam má i pasivní (druhotné) kouření spojené s pobytem v uzavřeném, ale i otevřeném prostoru s kuřákem. Kouř vdechovaný při pasivním kouření pochází jednak z doutnajícího konce cigarety mezi dvěma potáhnutími a jednak je vydechován kuřákem. Existuje i riziko z tzv. terciárního kouření, kdy jsou zdrojem zdravotních rizik usazené zplodiny z cigaretového kouře na zdech, kobercích atd., ale i na šatech, vlasech či pleti. Škodlivost pro okolí u elektronických cigaret je stále předmětem výzkumů, ačkoli jsou na trhu více jak deset let, škodlivý účinek formou pasivního kouření nebyl doposud prokázán.

### AKTUÁLNÍ SITUACE ZÁVISLOSTI NA TABÁKU V ČR

Prevalence kouření v ČR posledních desetiletí mírně klesá – v roce 2019 kouřilo alespoň příležitostně 24,9 % obyvatel ve věku 15 a více let (denních kuřáků je 18,1 %) oproti 31,3 % v roce 2012. Z toho tvoří 29,9 % muži a 20,7 % ženy. Snižuje se i počet mladistvých kuřáků. Stále však platí, že naprostá většina kuřáků si poprvé zapálí cigaretu před 18. narozeninami.

Denní kuřáci vykouří v průměru 11 cigaret/den.

E-cigarety užívá 4,9 % obyvatel nad 15 let, jako důvod k jejich přechodu udává 35,4 % jejich uživatelů vyšší toleranci k okolí, 28,3 % menší škodlivost pro zdraví. Zahřívání tabák užívá 3,2 % a bezdýmny tabák 4,2 % obyvatel.

Doma je cigaretovému kouři vystaveno 14,1 % a na pracovišti 16,1 % obyvatel.

### PREVENCE V ORDINACI VPL

VPL vždy měl, má a bude mít zásadní roli v prevenci zdravotních rizik u svých pacientů. Zdravotničtí pracovníci by sami měli jít příkladem pacientům i široké veřejnosti a nekouřit. Také by měli podporovat a respektovat platnou legislativu na kontrolu tabákových výrobků.

VPL by měl každého pacienta, který je nekuřák, při cíleném rozhovoru v rámci komplexního vyšetření a opakovaného komplexního vyšetření za jeho postoj pochválit. U bývalého kuřáka je základem prevence relapsu (bohužel je častý i po letech).

Každému kuřákovi by VPL měl shrnout zdravotní rizika, která jeho závislost jemu a jeho okolí přináší. V případě užívání nikotinu alternativními způsoby by měl postupovat diferencovaně, a to s ohledem na míru zdravotního rizika. Každému kuřákovi a/nebo uživateli nikotinu, který má zájem se svojí závislosti skončit, by pak VPL měl nabídnout odpovídající možnosti léčby – buď přímo, nebo v případě nedostatku času předat kontakty na dostupné možnosti.

### PROGRAM ČASNÉHO ZÁCHYTU KARCINOMU PLIC V RIZIKOVÉ POPULACI

V čase vydání tohoto doporučeného postupu je Ministerstvem zdravotnictví ČR a ve spolupráci s jednotlivými odbornými společnostmi včetně SVL JEP finalizována příprava projektu časného zachytu karcinomu plic. Program bude obnášet jasně definovanou formu realizace, která bude podléhat průběžnému vyhodnocování. Vlastní realizace bude probíhat v centrech, která splní akreditační kritéria definována v akreditačních standardech pro centra zařazená do programu časného zachytu karcinomu plic vyšetřením pomocí low-dose CT plic. Jako cílová populace se navrhuje kuřáci (současní či bývalí), jejichž kuřácká minulost čítá alespoň 20 tzv. „balíčkoroků“ (jeden „balíčkorok“ znamená, že člověk kouřil jeden rok jednu krabičku denně, nebo 2 krabičky půl roku, nebo půl krabičky 2 roky) a jsou ve věku 55–74 let. Velikost populace ČR v dané věkové kategorii je dle dat ČSÚ přibližně 2,6 mil. osob a podmínku kuřáctví splňuje dle přiložených rozvah založených na demografických datech a výběrových šetřeních přibližně 500 000 vysoce rizikových osob. Přesný algoritmus zapojení VPL bude specifikován v samostatném dokumentu.

### ANAMNÉZA

Řádné odebrání anamnézy z hlediska závislosti na nikotinu je v ordinaci VPL velmi důležité, a to nejen z důvodu strategie případné léčby, ale především i z důvodu prevence a zhodnocení rizik souvisejících onemocnění.

Častou chybou je spokojení se s jednoduchou odpovědí na otázku: „Kouříte?“ Pacienti mají tendenci v oblasti závislosti a negativního chování zjednodušovat a zapomínat či se stydět. Proto se nesmíme spokojit s jednoduchou informací a musíme získat naopak co nejvíce faktů týkajících se závislosti.

Otázka: „Kouříte?“

Odpověď: „ANO.“

Doplňující otázky: Jak dlouho (od kolika let), pravidelně/občas, kolik v průměru cigaret denně (pokoušíme se dopočítat kolik za život pacient vykouřil celkem cigaret), co vlastně pacient kouří (cigarety/doutníky, dýmku atd.). Neužívá ještě e-cigarety nebo nikotin jiným způsobem, a pokud ano, v jakém množství? Pokoušel se někdy se svým návykem skoncovat, jak často, jakým způsobem, kdy naposledy a s jakým efektem?

Odpověď: „NE.“

Doplňující otázka: „A nekouřil jste ani nikdy v minulosti?“ Pokud se dozvíme, že ANO, což nebývá zřídka, pokračujeme v dotazování obdobně, jako u kuřáků, navíc zjišťujeme, jak dlouho pacient nekouří. A opět: Neužívá e-cigarety nebo nikotin jiným způsobem, a pokud ano, v jakém množství?

Diferencované dotazování na e-cigarety, zahřívání tabák, nikotinové sáčky a bezdýmny tabák je velmi důležité. Zkušenosti totiž ukazují, že stále rostoucí skupina uživatelů alternativních způsobů užívání nikotinu se mnohdy u lékaře označuje již za nekuřáky, přičemž, jak z hlediska prevence, tak i léčby, je potřeba odlišný pohled a přístup. Zatímco u uživatelů klasických tabákových výrobků budeme pamatovat především na onkologická a kardiovaskulární rizika, ve druhé skupině především na druhé z jmenovaných.

Rozlišujeme základní kategorie kuřáctví:

- pravidelný (denní) kuřák: kouří v době vyšetření nejméně jednou denně
- příležitostný kuřák: v době vyšetření kouří, ale méně než jednou denně
- bývalý kuřák: kouřil (vykouřil během života více než 100 cigaret), ale v době vyšetření nekouří
- nekuřák: nikdy nevykouřil 100 a více cigaret

## CHARAKTERISTIKA ZÁVISLOSTI NA TABÁKU

Tato závislost má složku psycho-socio-behaviorální a fyzickou.

**Psycho-socio-behaviorální závislost** znamená vazbu kouření na určité situace, společnost, činnost. Začíná (u nás bohužel nejčastěji asi ve 12–14 letech) a toto naučené chování se pak během let kouření pevně fixuje. Znamená to prožívání určitých situací s cigaretou, tzv. kuřácké stereotypy.

**Fyzická závislost** je klasickou drogovou závislostí a je přítomná u většiny kuřáků (80 – 90 %). Znamená zmnožení acetylcholin-nikotinových receptorů, a především přítomnost abstinčních příznaků při vynechání nikotinu. Pro jejich potlačení doporučujeme farmakoterapii. Ta je však účinná prakticky jen v kombinaci s intervencí (léky nejsou „proti kouření“, ale proti abstinčním příznakům).

## DIAGNOSTIKA

Obecně lze konstatovat, že na nikotinu je závislý ten kuřák, který kouří denně, většinou nejméně 10 cigaret/den a v případě silné závislosti si první cigaretu potřebuje zapálit do hodiny po probuzení. Klíčová je přítomnost abstinčních příznaků při vysazení.

**Pro upřesnění je možné použít Fagerströmův test závislosti na cigaretách:**

**1. Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu?**

do 5 minut.....	3 body
za 6 – 30 minut.....	2 body
po 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 nerad postrádal?**

první ráno.....	1 bod
kteroukoliv 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 nemocen a upoután na lůžko?**

Ano .....	1 bod
Ne .....	0 bodů

**Vyhodnocení testu:**

Maximum je 10 bodů, čím vyšší je skóre, tím lze předpokládat silnější závislost na nikotinu. Již jeden bod však znamená určitou míru fyzické závislosti.

**ZAŘAZENÍ DIAGNÓZY DLE MKN-10**

Závislost na tabáku: F17.X (F17.2 - syndrom závislosti).

Užívání tabáku: Z72. 0.

Expozice tabákovému kouří (pasivní kouření): Z58.7 (environmentální, pracovní).

Abúzus tabáku v anamnéze: Z86. 4.

**Algoritmus krátké intervence****1. Dotaz na kouření („Kouříte nebo kouřil/a jste někdy během života?“):**

a) Ne – cílený dotaz na e-cigarety či jinou formu užívání tabáku/nikotinu, pochvala, konec intervence.

b) Ano: kouříte nyní?

Ne – cílený dotaz na e-cigarety či jinou formu tabáku/nikotinu, pochvala, prevence relapsu, konec intervence.

Ano: kolik kouříte čeho denně/ týdně/ měsíčně?

**2. Intervence, jasné doporučení přestat kouřit:** „Pro vaše zdraví (diagnózu) je třeba přestat kouřit, nejúčinnější je kombinace intervence a léků k potlačení abstinčních příznaků.“ V případě časové možnosti intervence + případné doporučení farmakoterapie.

Základem je psychobehaviorální intervence, příprava nekuřáckých řešení pro obvyklé kuřácké situace a zvládnání jejich spouštěčů. Měla by vycházet z principů motivačních rozhovorů. V případě fyzické závislosti pak doporučení farmakoterapie.

V případě, že kuřák odmítá přestat kouřit či to opakovaně nedokáže, je možné jej informovat o existenci inovativních způsobů užívání nikotinu, tedy o možnosti, jak významně snížit expozici škodlivým látkám.

**3. Kontakty:**

Bez časové možnosti: předání kontaktů na intenzivní léčbu či další možnosti podpory, letáků.

Všechny 3 body opakovat empaticky při každém klinickém kontaktu: „Chápu, že je těžké přestat kouřit, ale je to pro vaše zdraví nutné, může vám to pomoci...“

Další možnosti podpory odvykání kouření a léčby závislosti na tabáku kromě ordinace VPL (možná doporučení kontaktů pacientovi – nejlépe široké spektrum nabídky, aby si mohl v klidu vybrat podle svých preferencí):

- **Centra pro závislé na tabáku** – při nemocnicích, poskytují intenzivní intervenci a farmakoterapii včetně komplexního vyšetření dle potřeb pacienta, léčba je hrazena ze zdravotního pojištění, aktuální kontakty na [www.slzt.cz](http://www.slzt.cz).
- **Odborné poradenství v lékárnách** – poskytují odborné poradenství a volně prodejné léky, garantováno Českou lékárnickou komorou a Společností pro léčbu závislosti na tabáku, aktuální kontakty na <https://www.lekarnici.cz/Pro-verejnost/Odborne-poradenstvi-v-lekarnach/Odvykani-koureni.aspx> nebo přes [www.slzt.cz](http://www.slzt.cz).
  - **Vyškolení ambulantní lékaři** – aktuální kontakty na [www.slzt.cz](http://www.slzt.cz).
  - **Adiktologické ambulance** – aktuální kontakty na [www.slzt.cz](http://www.slzt.cz).
  - **Mobilní aplikace** – [www.slzt.cz](http://www.slzt.cz) (mobilní aplikace zdarma).
  - **Národní linka pro odvykání** 800 350 000 v pracovní dny 10–18 hod., zdarma.
  - **Specializované weby:** [www.koureni-zabiji.cz](http://www.koureni-zabiji.cz), [www.bezcigaret.cz](http://www.bezcigaret.cz), [www.slzt.cz](http://www.slzt.cz) atd.



## FARMAKOTERAPIE ZÁVISLOSTI NA TABÁKU

Zahrnuje léky k potlačení abstinenčních příznaků. Na našem trhu jsou všechny léky první linie: vareniklin, nikotin, bupropion i nově cytisin. Vždy je třeba spojit je s intervencí: kuřák musí sám aktivně změnit své denní stereotypy, tedy řešit svou psycho-socio-behaviorální závislost, s níž léky nepomohou. S čím intenzivnější intervencí jsou spojené, tím je jejich účinnost vyšší, s tím souvisí vázání příspěvků zdravotních pojišťoven na pracoviště poskytující intervenci. Naopak účinnost léků bez jakékoli intervence se blíží placebu.

Je potřeba pamatovat na to, že kouření (nikoli však nikotin) je spojeno se zvýšením aktivity enzymu CYP1A2, CYP1A6. Po ukončení kouření může dojít ke snížení clearance substrátů tohoto enzymu. To může vést ke zvýšení plazmatických koncentrací některých léčiv – s možným klinickým významem u léčiv s podobnou terapeutickou šíří (např. teofylinu, takrinu, klozapinu a ropinirolu). Plazmatické koncentrace ostatních léčiv částečně metabolizovaných CYP1A2 např. imipraminu, olanzapinu, klomipraminu a fluvoxaminu mohou být v období po zanechání kouření také zvýšeny. Prozatím však neexistují data, která by tento předpoklad potvrzovala a pravděpodobný klinický význam tohoto účinku pro tato léčiva není znám. Nikotin také zvyšuje metabolismus kofeinu, fenacetinu, furosemidu, paracetamolu a benzodiazepinů a potencuje účinek haloperidolu. Cimetidin zvyšuje plazmatické hladiny nikotinu. Na základě omezeného množství dat lze usuzovat o možnosti metabolické indukce flekainidu a pentazocinu kouřením. Pacienti s diabetes mellitus mohou mít v měsících po ukončení kouření rozkolísané hodnoty glykemie či HbSAg. VPL si musí být vědom možného vývoje závažných neuropsychiatrických symptomů u pacientů, kteří se pokouší přestat kouřit s léčbou nebo bez ní. U pacientů s anamnézou psychiatrického onemocnění je proto třeba postupovat s náležitou opatrností, nasazení terapie případně konzultovat s psychiatrem a pacienta náležitě poučit. I pro tyto pacienty je však abstinence od kouření významným benefitem nejen pro zdraví obecně, ale i pro prognózu jejich psychiatrických onemocnění.

Léčivé přípravky užívané pro léčbu závislosti na tabáku nejsou hrazeny ze systému veřejného zdravotního pojištění, ale cena odpovídá zhruba ceně krabičky cigaret denně. Navíc na ně většina zdravotních pojišťoven různě přispívá z fondu prevence (příspěvek je vázán na potvrzení o poskytnuté intervenci), aktuální seznam příspěvků i odkazy na formuláře jsou k dispozici na internetových stránkách jednotlivých zdravotních pojišťoven, souhrnně pak např. na stránkách Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku [www.slzt.cz](http://www.slzt.cz).

## VOLNĚ PRODEJNÉ LÉČIVÉ PŘÍPRAVKY

### Substituční terapie

Substituční (náhradní) terapie nikotinem znamená dodání samotného nikotinu do těla kuřáka bez několika tisíc látek tabákového kouře.

**Mechanismus účinku:** Substituční terapie pomáhá odvyknout kouření tím, že nahradí část nikotinu, který se do těla dostává z cigaret. Takto přijatý nikotin zmírňuje abstinenční příznaky, které mohou kuřáci pociťovat při snaze přestat kouřit, jako jsou například podrážděnost, zlost, úzkost, porucha koncentrace apod. Nikotin podávaný formou náhradní terapie je přímo absorbován kůží nebo sliznicí dutiny ústní.

**Nikotinové náplasti:** lepší se na neochlupené, nemastné místo, místa se střídají, v místech slabší kůže (vnitřní strana paží, pod klíční kostí). Po nalepení působí pomalu, ale po celou dobu aplikace (16 nebo 24 h), proto je vhodná kombinace s některou orální formou.

**Orální formy nikotinu:** žvýkačky, pastilky či ústní sprej. Mohou být užívány jen občas, působí ihned, ale krátkodobě, jsou vhodné při akutní potřebě kouřit, u silnějších kuřáků jsou vhodné v kombinaci s náplastí. Nikotin se vstřebává buď sliznicí, pacientovi doporučujeme po dobu aplikace nejíst ani nepít, zejména kyselé – nikotin se vstřebává v lehké zásaditém prostředí.

Žvýkačku žvýkat jen do pocitu pálení, pak na cca minutu ponechat v ústech, poté opět několikrát skousnout, opět zaparkovat. Při příliš rychlém žvýkání se nikotin spolyká a působí podráždění žaludku (nauzea, škytavka), navíc se v kyselém prostředí žaludku prakticky nevstřebává. I při správném žvýkání se do krve uvolní přibližně jen polovina nikotinu, který žvýkačka obsahuje. Podobně doporučujeme pastilku spíše jen pomalu převalovat v ústech, sprej stříknout spíše pod jazyk než na patro.

**Zvláštní upozornění.** Opatrnosti při substituční terapii je třeba u pacientů s recentně prodělanou závažnou kardiovaskulární příhodou nebo těch, kteří byli z důvodu kardiovaskulárních obtíží hospitalizováni v posledních 4 týdnech (např. cévní mozková příhoda, infarkt myokardu, nestabilní angina pectoris, srdeční arytmie, transplantace koronárního arteriálního bypassu a angioplastika) nebo pacientů s nekontrolovatelnou hypertenzí. Dále je třeba opatrnosti u pacientů se závažným/středně závažným jaterním poškozením, závažným ledvinovým poškozením a u pacientů s aktivními duodenálními a žaludečními vředy, s nekontrolovatelnou hypertyreózou nebo s feochromocytomem.

Riziko náhradní nikotinové léčby je však vždy zapotřebí posuzovat v korelaci s rizikem souvisejícím s kouřením a při porovnání přijímaných dávek nikotinu podávaných v rámci substituční terapie. Pacienti s umělým chrupem mohou mít obtíže se žvýkáním žvýkacích gum, kdy žvýkací guma se může nalepit na umělý chrup a ve vzácných případech ho může i poškodit. Podle SPA výrobce je třeba, aby si pacient byl vědom toho, že současné podávání substituční léčby a kouření nebo používání výrobků obsahujících nikotin může vést ke zhoršení nežádoucích účinků nikotinu. Na druhou stranu v praxi zaznamenáváme často opačný efekt: pokud má pacient nikotin z jiného zdroje, kouří méně intenzivně a zdravotní riziko je tak nižší. Dále viz příbalové letáky k jednotlivým léčivým přípravkům.

**Dávkování.** V obvyklém případě trvá léčba 3 měsíce. V této době by měl pacient začít s postupným snižováním dávky nikotinu. Užívá se buď při pokusu přestat, případně s několikadenním užíváním před dnem, kdy pacient přestane kouřit, nebo při dočasné abstinenci (místo cigarety tam, kde se nesmí kouřit) či při cílené redukci počtu cigaret, vždy však s cílem abstinence (nejdéle v řádu týdnů). Substituční terapie se užívá mezi jednotlivými epizodami kouření vždy, když se dostaví naléhavá potřeba kouřit, k co nejdelšímu prodloužení intervalu bez kouření a záměrnému snížení počtu vykouřených cigaret za den na nejnižší možnou míru a následně poté, co pacient s kouřením přestane zcela. Pokusy ukončit kouření je možné učinit, jakmile se kuřák cítí být připraven. Pokud není možné učinit seriózní pokus o ukončení kouření do 9 měsíců od zahájení léčby, je vhodné zvolit jinou formu léčby. Pravidelné užívání substituční terapie déle než 1 rok se obvykle nedoporučuje.

Příbalové letáky uvádějí schémata dávek pro jednotlivé produkty, ale potřeba nikotinu je velmi individuální. Proto je dobré pacienta kontaktovat zhruba týden od poslední vykouřené cigarety: pokud má abstinenci příznaky, je dávka nikotinu příliš malá. To bude většina případů, výjimečné předávkování pacient dobře pozná, cítí se podobně jako při „překouření“.

**NICORETTE CLASSIC GUM 2 nebo 4 mg GUM MND**  
**NICORETTE ICEMINT GUM 2 nebo 4 mg GUM MND**  
**NICORETTE FRESHFRUIT GUM 2 nebo 4 mg GUM MND**  
**NICORETTE MINT 4 mg PAS**  
**NICORETTE SPRAY 1 mg/dávka ORM SPR SOL**  
**NICORETTE INVISI PATCH 10, 15 nebo 25 mg/16 hod. TDR EMP**  
**NICORETTE SPRAY S PŘÍCHUTÍ LESNÍHO OVOCE 1 mg/dávka ORM SPR SOL**

**NIQUITIN GUM 4 mg GUM MND**  
**NIQUITIN FRESHMINT GUM 4 mg GUM MND**  
**NIQUITIN MINI 4 mg PAS**  
**NIQUITIN CLEAR 14 nebo 21 mg/24 hod. TDR EMP**

## ELEKTRONICKÉ CIGARETY

Jedním z diskutovaných možných přínosů přechodu aktivních kuřáků klasických cigaret na e-cigarety je potenciál snížit zdravotní rizika. Některé současné studie naznačují, že e-cigarety mohou vedle léčby náhradním nikotinem představovat alternativu (přestupní můstek) při odvykání kouření – záleží na způsobu vstřebávání nikotinu. Nutno však zdůraznit, že e-cigarety a obdobné produkty určené pro inhalaci nikotinu jsou heterogenní skupinou, nejsou léčivými přípravky a nelze je proto doporučit jako způsob léčby závislosti na nikotinu v první linii.

### Cytisin

Novým léčivým přípravkem pro léčbu závislosti na nikotinu je cytisin. Jde o rostlinný alkaloid (který se mimo jiné vyskytuje v semenech keře štědrince, rodu Laburnum) s chemickou strukturou podobnou nikotinu.

**Mechanismus účinku.** Cytisin má vliv na acetylcholinové nikotinové receptory. Působení cytisinu je podobné nikotinu, ale je obecně slabší. Cytisin s nikotinem soutěží o stejné receptory a díky své silnější vazbě postupně nikotin vytěsňuje. Má menší schopnost stimulovat nikotinové receptory, zejména subtyp  $\alpha 4\beta 2$  (je to jejich částečný agonista) a do centrální nervové soustavy prostupuje méně než nikotin. Předpokládá se, že cytisin v centrální nervové soustavě působí na mechanismus, který se podílí na závislosti na nikotinu a na uvolňování neurotransmiterů. Zabraňuje plné, na nikotinu závislé aktivaci mezolimbického dopaminového systému a mírně zvyšuje hladinu dopaminu v mozku, což zmírňuje centrální příznaky spojené s vysazením nikotinu. V periferním nervovém systému cytisin stimuluje a poté obsazuje autonomní ganglia nervové soustavy, způsobuje reflexní stimulaci dýchání a sekreci katecholaminů z dřene nadledvin, zvyšuje krevní tlak a zabraňuje periferním příznakům spojeným s vysazením nikotinu.

**Zvláštní upozornění.** Cytisin je nutné užívat s opatrností v případě ischemické choroby srdeční, srdečního selhání, hypertenze, feochromocytomu, aterosklerózy a jiných periferních cévních onemocnění, žaludečního a dvanáctní-

kového vředu, gastroezofageálního refluxu, hypertyreózy, diabetu, schizofrenie, selhání ledvin či jater. Dále viz příbalový leták.

#### Dávkování.

Doba trvání léčby dle SPC je 25 dní.

Dny léčby.....	Doporučené dávkování	Maximální denní dávka
Od 1. do 3. dne.....	1 tableta každé 2 hodiny	6 tablet
Od 4. do 12. dne .....	1 tableta každé 2,5 hodiny	5 tablet
Od 13. do 16. dne.....	1 tableta každé 3 hodiny	4 tablety
Od 17. do 20. dne.....	1 tableta každých 5 hodin	3 tablety
Od 21. do 25. dne.....	1–2 tablety denně	do 2 tablet

S kouřením doporučuje SPA přestat 5. dne léčby, není to však podmínkou.

V praxi je však možné shora doporučené dávkování dle SPA výrobce upravit, a to tak, že léčba je prodloužena alespoň na 3 měsíce, po prvním měsíci pak většinou postačí jen udržovací dávka 1 tableta 2x až 3x denně.

#### **DEFUMOXAN 1,5 mg TBL**

## LÉČIVÉ PŘÍPRAVKY VÁZANÉ NA LÉKAŘSKÝ PŘEDPIS

### **Vareniclin**

Vareniclin je aktuálně nejúčinnějším lékem, v závislosti na intenzitě intervence ztrojnásobuje úspěšnost. Je parciálním agonistou acetylcholin-nikotinových receptorů typických pro silně závislé kuřáky, tedy působí agonisticky (podobný účinek jako nikotin – kuřák má menší potřebu kouřit, nemá nutkání užít dávku drogy) i antagonisticky (při kouření má kuřák menší pocit odměny, protože dané receptory jsou obsazené). Vareniclin nemá žádné farmakologické interakce, cca 92 % se vylučuje bez metabolismu močí (cave: těžké renální selhání). Nejčastějším nežádoucím účinkem je lehká nauzea do 30 minut po spolknutí tablety, proto má úvodní balení (pomalý začátek snižuje pravděpodobnost nauzey) a doporučujeme užívat po jídle (ne na lačno) a hodně zapít.

Zvláštní upozornění. Po uvedení přípravku na trh byly u pacientů podstupujících léčbu závislosti na tabáku vareniclinem hlášeny změny v chování nebo myšlení, úzkost, psychóza, změny nálady, agresivní chování, deprese, sebevražedné myšlenky a chování a sebevražedné pokusy. Po provedení rozsáhlé studie však bylo prokázáno, že užívání vareniclinu není spojeno se zvýšeným rizikem závažných neuropsychiatrických nežádoucích příhod v souhrnném primárním cílovém parametru v porovnání s placebem, avšak s tím, že depresivní nálada, zahrnující vzácně sebevražedné myšlenky a pokusy, může být příznakem vysazení nikotinu. Z klinických studií a ze zkušeností po uvedení na trh dále existují souvislosti s výskytem záchvatů u pacientů s předchozí anamnézou epileptických záchvatů i bez ní. Vareniclin je proto třeba u pacientů s anamnézou epileptických záchvatů nebo jiných onemocnění, které doprovází riziko sníženého prahu rozvoje epileptických záchvatů, užívat opatrně. Pacienti užívající vareniclin musí být poučeni, aby informovali svého lékaře o nově zaznamenaných nebo zhoršených kardiovaskulárních symptomech, případně ihned vyhledali okamžitou lékařskou pomoc při výskytu příznaků infarktu myokardu nebo cévní mozkové příhody. Na konci léčby bylo vysazení přípravku spojeno se zvýšenou podrážděností, touhou po kouření, depresí anebo nespavostí až u 3 % pacientů. Lékař by měl pacienta patřičně poučit a projednat nebo zvážit potřebu postupného snižování dávky. Pacienta je třeba poučit o možnosti reakcí z precitlivělosti na přípravek včetně kožních reakcí, kdy některé mohou být závažné. Více viz příbalový leták.

Dávkování. Doporučená dávka je 1 mg vareniclinu 2x denně v návaznosti na jednotýdenní titraci uvedenou níže: 1.-3. den: 0,5 mg 1x denně; 4.-7. den: 0,5 mg 2x denně; 8. den – konec léčby, 1 mg 2x denně. Pacient si stanoví datum, kdy chce přestat kouřit. Dávkování přípravku má obvykle začít 1–2 týdny před tímto datem. Pacienti mají být léčeni po dobu 12 týdnů. U pacientů, kterým se podařilo přestat kouřit do konce 12. týdne, lze zvážit následnou 12týdenní léčbu vareniclinem v dávce 1 mg 2x denně k udržení abstinence. U pacientů, kteří nejsou schopni nebo ochotni přestat kouřit náhle, by se mělo zvážit postupné odvykání kouření s pomocí vareniclinu. Pacienti by měli během prvních 12 týdnů léčby kouření omezovat a do konce daného léčebného období s ním přestat úplně. Poté by měli pacienti pokračovat v užívání vareniclinu po dalších 12 týdnů, celkem tak léčba trvá 24 týdnů. Pacienti, kteří jsou motivováni přestat kouřit a kterým se nepodařilo přestat kouřit během předcházející léčby nebo kteří po léčbě znovu začali kouřit, mohou odvykací léčbu zkusit znovu. Pacientům, kteří netolerují nežádoucí účinky vareniclinu, je možné dočasně nebo trvale snížit dávku na 0,5 mg 2x denně. V léčbě odvykání kouření je riziko návratu ke kouření vyšší v období bezprostředně po ukončení léčby. U pacientů se zvýšeným rizikem návratu ke kouření je vhodné zvážit postupné snižování dávky.

**CHAMPIX 0,5 mg TBL**

K léčbě závislosti na tabáku je dále využíván **bupropion** (BUPROPION + PHARMA, ELONTRIL, WELARD), lze předepsat VPL bez preskripčního omezení, případný příspěvek zdravotních pojišťoven je však vázán omezením na odbornosti psychiatrie, dětská a dorostová psychiatrie, gerontopsychiatrie, sexuologie, neurologie a dětská neurologie.

**ÚLOHA VŠEOBECNÉ SESTRY V ORDINACI VPL**

Sestry jsou nejpočetnější zdravotnickou profesí v ČR. Oproti lékařům mají tu výhodu, že tráví s pacienty často více času a často jsou s nimi v úzkém kontaktu. Jejich kompetence jim plně dovolují vést edukaci pacientů s tak potenciálně nebezpečnou nemocí jakou závislost na tabáku bezpochyby je. Minimálně dotaz na kouření a doporučení přestat by mělo být samozřejmostí při každém kontaktu s pacientem. Dále intervence podle časových možností, případně doporučení k intenzivnější léčbě v některém z Center pro závislé na tabáku by měla být standardem kvalitní ošetrovatelské péče.

**PROGRAM ČASNÉHO ZÁCHYTU RAKOVINY PLIC V ORDINACI VPL**

Po předchozím pilotním programu byl od 1. ledna 2022 spuštěn program časného zachytu rakoviny plic, jehož aktivní součástí je i VPL. Jeho cílem je aktivně vyhledávat rizikové pacienty, u kterých se provede screeningové vyšetření pomocí výpočetní tomografie (CT) s nízkou dávkou záření. Vyšetření není nijak náročné a už během několika minut dokáže odhalit nádor.

**Cílová populace**

- Věková kategorie 55 až 74 let
- Současní nebo bývalí kuřáci
- 20 a více balíčkoroků
- U současných kuřáků ochota přestat kouřit
- Ochota být zařazen do programu časného zachytu karcinomu plic

Do programu časného zachytu jsou zapojeni VPL, ambulantní pneumologové a radiologická pracoviště Komplexních onkologických center (KOC). Doplnění diagnostického procesu pak bude provedeno na specializovaných pneumologických pracovištích a následný léčebný postup bude stanoven multidisciplinárním týmem pneumoonkochirurgických center (POCH).

Úkolem VPL je aktivní vyhledávání a identifikace rizikové osoby, potvrzení věku, kuřáctví a ochoty se zapojit se programem. U aktivních kuřáků následuje krátká rozšířená intervence k zanechání kouření včetně zvážení možnosti doporučení k léčbě ve specializovaném centru léčby závislosti na tabáku.

Osoby, které splňují vstupní kritéria, jsou VPL odeslány ambulantnímu pneumologovi. V situaci, kde je ambulantní pneumologická péče hůře dostupná, např. z geografických či kapacitních důvodů, je možné pacienta odeslat přímo do radiologického pracoviště KOC.

V případě odpovídajícího materiálně technického vybavení může VPL po krátké intervenci provést objektivizaci statusu kuřáka změřením hladiny CO ve vdechnutém vzduchu.

**ÚHRADA ZE SYSTÉMU VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ****VÝKONY INTERVENCE LÉČBY ZÁVISLOSTI NA TABÁKU****25501****SPECIALIZOVANÁ INTERVENCE LÉČBY ZÁVISLOSTI NA TABÁKU – VSTUPNÍ**

**Bodové ohodnocení:** 822 bodů.

**Omezení frekvencí:** 1/1 den, 3/1 život.

**Popis:** Specializovaná intervence lékaře při vyšetření nemocného (kontrolním, cíleném či komplexním), která je přímo zaměřena na vlastní léčbu závislosti na tabáku. Součástí je kuřácká anamnéza, diagnostika závislosti na nikotinu, vysvětlení psychosociální a fyzické (drogové) složky závislosti, návrh farmakologické léčby, diskuse nejčastějších kuřáckých situací a příprava náhradních řešení, prevence relapsů.

**Čím výkon začíná:**

Výkon začíná navázáním kontaktu s pacientem a zjištěním, že v současné době kouří nebo používá tabák v jiné formě.

**Obsah a rozsah výkonu:** Kuřácká anamnéza – diagnóza závislosti na nikotinu – vysvětlení psychosociální a fyzické (drogové) složky závislosti – psychobehaviorální intervence (= předem si připravit náhradní činnost místo kouření, stanovení dne D, podpora přátel / rodiny, prevence relapsů) – návrh farmakologické léčby – plán kontrol.

**Čím výkon končí:**

Každá specializovaná intervence končí zápisem do dokumentace pacienta. (Hodnotit úspěch je možné po roce – validizovaná trvalá abstinence. Validizace: průkaz kotininu (metabolit nikotinu) v krvi, moči, nebo slinách, nebo CO ve výdechu.

### 25503

#### SPECIALIZOVANÁ INTERVENCE LÉČBY ZÁVISLOSTI NA TABÁKU

**Bodové ohodnocení:** 411 bodů.

**Omezení frekvencí:** 1/1 den, 8/1 rok

**Popis:** Specializovaná intervence lékaře při kontrolním vyšetření nemocného po vstupní intervenci léčby závislosti na tabáku. Je přímo zaměřena na vlastní léčbu závislosti na tabáku a průběh odvykání od poslední návštěvy. Součástí je psychobehaviorální podpora, kontrola dávky a druhu farmakologické léčby, základní klinické vyšetření, posouzení abstinčních příznaků (abstinční syndrom z nedostatku nikotinu).

**Čím výkon začíná:** Výkon začíná navázáním kontaktu s pacientem.

**Obsah a rozsah výkonu:**

Průběh odvykání od poslední návštěvy, kouřil / nekouřil – základní klinické vyšetření (hmotnost, tlak, puls, event. CO ve vydechaném vzduchu – obtížné situace, kdy pacient pociťoval chuť na cigaretu, jejich možná řešení, prevence relapsu – škála a míra abstinčních příznaků z nedostatku nikotinu – adekvátnost druhu a dávky farmakologické léčby – plán další kontroly.

**Čím výkon končí:** Zápisem do dokumentace pacienta. Hodnotit úspěch je možné po roce – validizovaná trvalá abstinence. Validizace: průkaz kotininu (metabolit nikotinu) v krvi, moči nebo slinách, nebo CO ve výdechu.

#### VÝKONY PROGRAMU ČASNÉHO ZÁCHYTU RAKOVINY PLIC

### 01196

#### MANAGEMENT ČASNÉHO ZÁCHYTU KARCINOMU PLIC – ZAHÁJENÍ SLEDOVÁNÍ POJIŠTĚNCE V RÁMCI ČASNÉHO ZÁCHYTU KARCINOMU PLIC

**Bodové ohodnocení:** 206 bodů.

**Omezení frekvencí:** 1/1 život

**Popis:** Management časného zachytu karcinomu plic praktickým lékařem.

**Čím výkon začíná:** Výkon začíná výběrem pacienta z databáze dle kritérií stanovených metodikou pro screening a pozváním na screening (pošta, ev. e-mail nebo SMS) a pokračuje povinností lékaře informovat se, zda již pacient není dispenzarizován plicním lékařem, za účelem zamezení duplicit.



**Obsah a rozsah výkonu:** Pohovor lékaře s asymptomatickým pacientem splňujícím podmínky dle metodiky pro screening. Vysvětlení účelu screeningu. Poučení pacienta o průběhu screeningu, povaze vyšetření, která v průběhu screeningu podstoupí, provedení krátké intervence k zanechání kouření, včetně zvážení možnosti doporučení k léčbě ve specializovaném centru léčby závislosti na tabáku. Získání souhlasu pacienta k jeho zařazení do screeningu provedení záznamu o této skutečnosti do zdravotní dokumentace.

**Čím výkon končí:** Záznamem do lékařské dokumentace a předáním lékařské zprávy a doporučení k zahájení screeningu příslušné pneumologické ambulanci. V situaci hůře dostupné pneumologické péče z geografických či kapacitních důvodů je přípustné pacienta odeslat přímo k vyšetření low-dose CT (LDCT) plic na příslušné pracoviště dle metodiky pro screening. Na základě výsledku LDCT odesílá VPL do plicní ambulance pacienty s nejasným nálezem a pacienti s pozitivním nálezem jsou delegováni do pneumoonkochirurgického centra. Pro pacienty s jasně negativním nálezem pokračuje screening v ordinaci VPL, který postupuje dle metodiky screeningu.

### 01197

#### MANAGEMENT ČASNÉHO ZÁCHYTU KARCINOMU PLIC – BEZ NÁSLEDNÉHO SLEDOVÁNÍ POJIŠTĚNCE V RÁMCI ČASNÉHO ZÁCHYTU KARCINOMU PLIC

**Bodové ohodnocení:** 206 bodů

**Omezení frekvencí:** 1/1 rok

**Popis:** Management časného záchytu karcinomu plic praktickým lékařem.

#### Čím výkon začíná:

Výkon začíná výběrem pacienta z databáze dle kritérií stanovených metodikou pro screening a pozváním na screening (pošta, ev. e-mail nebo SMS) a pokračuje povinností lékaře informovat se, zda již pacient není dispenzarizován plicním lékařem, za účelem zamezení duplicít.

**Obsah a rozsah výkonu:** Pohovor lékaře s asymptomatickým pacientem splňujícím podmínky dle metodiky pro screening. Vysvětlení účelu screeningu. Poučení pacienta o průběhu screeningu, povaze vyšetření, která v průběhu screeningu podstoupí, provedení krátké intervence k zanechání kouření, včetně zvážení možnosti doporučení k léčbě ve specializovaném centru léčby závislosti na tabáku. Pokus o získání souhlasu pacienta k jeho zařazení do screeningu a záznam do zdravotní dokumentace o tom, že pacient zařazení do programu odmítl.

#### Čím výkon končí:

Záznamem do lékařské dokumentace.

### 25504

#### ROZŠÍŘENÁ INTERVENCE LÉČBY ZÁVISLOSTI NA TABÁKU

**Bodové ohodnocení:** 137 bodů.

**Omezení frekvencí:** 1/1 den, 4/1 život

**Popis:** Výkon navazuje na výkon časného záchytu karcinomu plic. Výkon se vykazuje pouze s výkony č. 25507, 01196 a 01197. Nelze vykázat s výkony č. 25501 a 25503.

#### Čím výkon začíná:

Výkon začíná rozhovorem s pacientem a prostudováním dokumentace nemocného. Cílem je zjištění, zda pacient v současné době kouří nebo používá tabák – nikotin v jiné formě a zda již nedochází k protikuřácké intervenci v jiném zdravotnickém zařízení. Objektivizace údajů se provede změřením CO ve vydechaném vzduchu (event. kotininu v moči či krvi). Tyto výkony se vykazují zvlášť.

**Obsah a rozsah výkonu:** Výkon pokračuje krátkou intervencí léčby závislosti na tabáku. T.j. odebrání kuřácké anamnézy – určení diagnózy závislosti na nikotinu. Vysvětlení pacientovi povahu psychosociální a fyzické (drogové) složky závislosti. Dále se posoudí abstinenci příznaky (abstinenci syndrom z nedostatku nikotinu), formuluje se jasně doporučení přestat kouřit a doporučí se léčba. Následuje psychobehaviorální intervence (návrh náhradní činnosti v rizikových situacích, podpora přátel / rodiny, prevence relapsů).

**Čím výkon končí:**

Zhodnocením intervence, průběhu odvykání a zápisem do dokumentace pacienta. Pokud bude zjištěna kuřácká nálož 20 balíčkoroků, a věk 55–74 let bude vznesen dotaz na souhlas a ochotou absolvovat screeningový program časného záchytu karcinomu plic, event. zanechat kouření po zařazení do programu. Nemocnému se doporučí plán kontrol.

**25224****KVANTITATIVNÍ STANOVENÍ OXIDU UHELNATÉHO (CO) VE VYDECHOVANÉM VZDUCHU**

**Bodové ohodnocení:** 163 bodů.

**Omezení frekvencí:** 1/1 den, 4/1 život.

**Popis:** Objektivizace statusu kuřáka – odvykáací terapie, compliance, objektivizace hladiny CO ve vydechovaném vzduchu, před měřením parametrů plicní difuze. Vykazuje se u výkonů č. 25504, 25507 a 25227.

**Čím výkon začíná:**

Navázání kontaktu s pacientem, popis principu přístroje a výkonu.

**Obsah a rozsah výkonu:** Výdech přes náustek přístroje monitoru CO, změření hodnoty CO, registrace hodnoty.

**Čím výkon končí:**

Zápis do dokumentace, zhodnocení výsledku s ohledem na ostatní charakteristiky pacienta.

**LITERATURA**

Králíková, Eva. Diagnóza F17: závislost na tabáku. Praha: Mladá fronta, 2015. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3711-2.

Králíková, Eva. Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba. Břeclav: Adamira, 2013. ISBN 978-80-904217-4-5.

Králíková, Eva. Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku: kapesní verze. Brno: Česká kardiologická společnost, 2006. ISBN 80-239-7362-2.

Králíková, Eva et al., Doporučení léčby závislosti na tabáku pro klinickou praxi. Podpořené 24 odbornými společnostmi. Praha: Suplement Vnitřní lékařství, 2015.

Králíková E, Zvolská, K, Štěpánková, L, Pánková A. Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. Praha: Časopis lékařů českých, 2022; 161(1) v tisku.

Křenková, Kateřina et al. Užívání tabáku informace a pracovní postup pro sestry. Praha: Společnost pro léčbu závislosti na tabáku. 5. vydání, 2021.

Čupka, Jozef et al. Léčba závislosti na tabáku v ordinaci všeobecného praktického lékaře. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2005. ISBN: 80-903573-7-7

Štěpánková, Lenka et al. Léčba závislosti na tabáku v ordinaci všeobecného praktického lékaře. Dodatek 2011. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2011.

Vašáková, Martina et al. Metodika realizace populačního pilotního

programu časného záchytu karcinomu plic. Dokument projednaný Komisí pro přípravu programu časného záchytu karcinomu plic. Praha: MZČR, 2021.

Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice. Dostupné z: [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz) a [www.svod.cz](http://www.svod.cz).

Internetové stránky:

[www.slzt.cz](http://www.slzt.cz)

[www.nicorette.cz](http://www.nicorette.cz)

[www.pfizerpro.cz/produkt/champix/odvykani-koureni/uzivani-pripravku-champix](http://www.pfizerpro.cz/produkt/champix/odvykani-koureni/uzivani-pripravku-champix)

[www.odvykanikoureni.cz](http://www.odvykanikoureni.cz)

[www.stop-koureni.cz](http://www.stop-koureni.cz)

[www.regulacenicotinu.cz/](http://www.regulacenicotinu.cz/)

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

Sokolská 31, 120 00 Praha 2

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

<http://www.svl.cz>

ISBN: 978-80-88280-36-1

ISBN 978-80-88280-36-1



© 2022, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP