

vychytávajú na somatostatínových receptorech. Je tedy nutná dostatečná prítomnosť týchto receptorů potvrzených oktreoscanem. Zevní ozařování má ojedinělé využití v případě mozgových nebo bolestivých kostních metastáz. V léčbě jaterních metastáz se po vyčerpání chirurgických možností (radiofrekvenční ablace, kryoterapie, parciální resekce) uplatňují i invazivní výkony jako embolizace a chemoembolizace arteria hepatica (4, 5, 6). Obecně do léčby všech karcinoidů je zahrnuta i symptomatická terapie karcinoidového syndromu a jeho komplikací (dieta, antidiarhotika, bronchodilatancia, diuretika v případě srdečního selhání, náhrada chlopně).

Současné je třeba léčit příznaky hyperkortizolizmu. Pacienti často umírají dříve na následky hyperkortizolizmu než na vlastní karcinoidy. V našem případě byla správná indikace bilaterální adrenaektomie. Nemocné v těžkém stavu je často nutné připravit na operaci medikamentózně. Do farmakologické terapie

Cushingova syndromu lze zahrnout inhibitory steroidogeneze (mitotan, ketokonazol, metyrapon), které účinkují asi u 70 % pacientů. Nežádoucími účinky terapie jsou nevolnost a průjem. Druhou skupinou léků jsou preparáty, které ovlivňují syntézu ACTH nebo CRH (kortikoliberin) – cyproheptadin, bromokriptin, somatostatin, kyselina valproová. Jejich efekt je však nízký s nežádoucími účinky zahrnujícími posturální hypotenzi, sedaci, přírůstek na váze a hepatotoxicitu. Látka mifepriston, která je ve výzkumu, kompetitivně inhibuje tkáňový receptor pro glukokortikoidy. Ethomidát je krátko působící anestetikum, které může okamžitě snížit produkci steroidních hormonů v případě nutnosti akutní kontroly těžkého hyperkortizolizmu (2).

Závěrem nutno dodat, že pacienti s diagnózou karcinoidu, zvláště pak s ektopickou nadprodukcí ACTH a projevy hyperkortizolizmu, by jistě měli být léčeni na pracovištích, které mají s touto problematikou dostatek zkušeností.

Literatura

1. Dušková M, Šimůnková K, Stárka L, Kršek M. Cushingův syndrom z ektopické nadprodukce adrenokortikotropního hormonu karcinoidem. *Prakt. Lék.*, 2007; 87 (3): 172–174.
2. Poorya F, Prasanthi G, Robert GM, Ned AA. The ectopic adrenocorticotrophic hormone syndrome in carcinoid tumors. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2008; 21 (2): 140–143.
3. Vrba R, Neoral Č, Aujeský R, Loveček M. Karcinoid žaludku – kazuistická sdělení. *Rozhl. Chir.*, 2006; 85 (12): 616–617.
4. Zamrazil V. Neuroendokrinní tumory. *Interní Med.* 2007; 9 (11): 514–519.
5. Šachlová M, Vyzula R, Novák J. Karcinoid. *Klinická onkologie*, 2003; 16 (3): 129–133.
6. Vítek P, Rosina J, Pála M. Terapie karcinoidů a karcinoidního syndromu. *Farmakoterapie. Supplementum*, s. 356–365.

Článek je prevzaný z *Interní Med.* 2009; 11(3): 138–140.

MUDr. Hana Sýkorová

Interní klinika FN Motol
V Úvalu 84, 155 00 Praha 5
konadra@volny.cz

Tlačová správa

Svetový týždeň informácií o soli v potrave 2010

Martin, 8. február 2010

V dňoch 1. – 7. februára 2010 sa uskutočnil **Svetový týždeň informácií o soli v potrave**, ktorý iniciuje každoročne hnutie World Action on Salt and Health v rámci populačnej stratégie znižovania obsahu soli v potravinách. Hoci dospelý človek potrebuje denne prijať 2 – 4 g soli v závislosti od stupňa fyzickej aktivity počas dňa, v súčasnosti prijíma 10 – 15 g soli denne. Až 75 % konzumovanej soli pochádza zo spracovaných potravín, preto obmedzenie prisáľania pri konzumácii je menej dôležitým faktorom ako znižovanie obsahu soli, resp. sodíka pri technologickej príprave potravín. Redukcia príjmu soli nielen znižuje krvný tlak, ale znižuje aj výskyt kardiovaskulárnych príhod. Sol má všeobecne nepriaznivý účinok na kardiovaskulárne zdravie, a to aj u ľudí, ktorí majú normálny krvný tlak. Redukcia príjmu soli na národnej úrovni je vo všeobecnosti najmenej nákladným spôsobom prevencie srdcovo-cievnych ochorení.

Tohoročný týždeň bol v znamení nedávno publikovanej práce amerických autorov **Kirsten Bibbins-Domingo a spol.** v časopise *New England Journal Medicine*, ktorí pomocou počítačovej simulácie kvantifikovali, aké dopady by vyvolala redukcia príjmu soli na 3 g/deň u všetkých obyvateľov USA vo veku 35 – 85 rokov. Podľa ich výpočtov by výsledkom bol pokles výskytu mozgových príhod o 32 000 – 66 000, srdcových príhod o 54 000 – 100 000 a srdcových ochorení všeobecne o 60 000 – 120 000. Tento efekt by priniesol ročnú úsporu vo výdavkoch na zdravotnú starostlivosť v rozsahu 10 – 24 miliárd USD.

O publikovane údaje sa opiera aj **Európska kardiologická spoločnosť**. Jej popredný predstaviteľ pre oblasť hypertenzie, prof. G. Mancia,

následne vyhlásil, že sa získali presvedčivé argumenty pre rokovania s EÚ, ako aj s jednotlivými národnými vládami.

Strategické možnosti krajín pri znižovaní spotreby soli:

- vypracovať pravidlá označovania obsahu soli v potravinách (buď presné a veľké čísla alebo aspoň semaforové označenie v zmysle červená – veľa, žltá – stredne, zelená – málo);
- v spolupráci s potravinárskym priemyslom stanoviť dobrovoľné ciele obsahu soli pre jednotlivé komodity (napr. pre pečivo, chlieb, syry, šunku, atď.), ciele postupne každoročne znižovať;
- monitorovať obsah soli v jednotlivých potravinách a jedlách podávaných vo verejných jedálňach a výsledky zverejňovať;
- monitorovať obsah soli v moči pacientov užívajúcich lieky na vysoký tlak a srdcovocievne choroby;
- vzdelávať verejnosť o nebezpečenstvách vysokej spotreby soli.

Slovenská liga proti hypertenzii sa niekoľko rokov snaží apelovať na štátne inštitúcie, aby urýchlene zaviedli legislatívnu povinnosť označovania obsahu soli v potravinách. „**V tomto smere, rovnako ako aj v ostatných bodoch strategických možností, sme zatiaľ nezaznamenali žiadnu aktivitu,**“ zdôrazňuje doc. MUDr. Štefan Farský, FESC, predseda Slovenskej ligy proti hypertenzii. „**V zmysle uvedenej štúdie sa táto nečinnosť dá dnes kvantifikovať, a to nielen v USA, ale aj na Slovensku. V počtoch preventabilných mozgových príhod a srdcových infarktov a v zodpovedajúcich výdavkoch na zdravotnú starostlivosť.**“